



Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Vår dato: 01.04.2005  
Arkivnr.: 231  
Journalnr.: 493/05

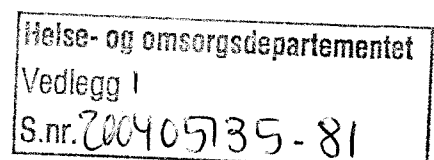
## **NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene Høringssvar fra Norsk Ergoterapeutforbund, NETF**

Utvalget synes å ha gode intensjoner om at loven skal bidra til å sikre innbyggerne faglig forsvarlige helse- og sosialtjenester. Våre erfaringer med situasjonen i norske kommuner tilsier imidlertid at loven er for overordnet og lite konkret. Vi ser en sterk tendens til at kommunene i jakten på kortsiktige innsparinger kutter i de tjenestene som ikke eksplisitt er lovpålagt, eller der kravene til omfang og innhold er vagt angitt i lovverket. I dag rammer dette ofte helsefremmende og forebyggende arbeid, re-/habilitering generelt og ergoterapi-tjenesten spesielt, med store negative konsekvenser både for innbyggernes mestringsevne og livskvalitet og for samfunnsøkonomien.

Det er nødvendig å stille tydelige krav til kommunene for å sikre en *rettferdig fordelingspolitikk og faglig forsvarlige tjenester*. Hvis hensynet til den kommunale selvråderetten er til hinder for dette, har selvråderetten blitt et mål i seg selv, og ikke et virkemiddel for å gi et godt tilbud til innbyggerne.

Utvalget mener at det «bør stilles generelle kvalitetskrav i forskrifts form» (s. 62). Disse forskriftene vil bli helt avgjørende for kommunens tilbud til innbyggerne. Ikke minst gjelder dette forskrifter til §§ 2-1, 2-3 og 2-4. *NETF mener at det er umulig å vurdere konsekvensene av den foreslåtte lovteksten uten at det på forhånd er utarbeidet forskrifter med kvalitetskrav i form av minstestandarder.*

På de neste sidene følger NETFs kommentarer til enkelte av paragrafene i lovutkastet.



Lakkegata 21  
Telefon: 22 05 99 00  
  
0187 OSLO  
Telefax: 22 05 99 01

Bankgiro:  
  
8380 08 69482

www.netf.no  
  
netf@netf.no

Organisasjonsnumme  
r:  
NO 971 463 953  
MVA

## Kapittel 1. Lovens formål og rekkevidde

### § 1-3 Definisjoner

#### *b) Tjenestemottaker*

Hvis det vedtas en felles lov for kommunale helse- og sosialtjenester, vil det ikke lenger være så viktig å trekke klare grenser mellom helsetjenester og sosialtjenester. Forhåpentlig vil dette redusere faren for at tjenestemottakere faller mellom to stoler og bidra til at tjenestene blir mer helhetlige. Det kan imidlertid også bidra til at det blir vanskelig å fastslå om en tjenestemottaker er pasient med rettigheter i henhold til Pasientrettighetsloven eller ikke.

*Det er viktig å sikre at loven ikke bidrar til å frata enkeltbrukere og brukergrupper pasientrettigheter.*

#### *Helsebegrepet bør defineres*

Kommunens plikt og tjenestemottakeres rettigheter er flere steder i lovutkastet knyttet opp mot begrepene «helsemessig» og «helsevern». Følgelig vil tolkningen av flere paragrafer være avhengig av hvordan man definerer «helse» (dette gjelder bl.a. § 2-1 første ledd og § 10-1). Svært snevert definert dekker begrepet bare kroppslige faktorer, mens en videre definisjon dekker både funksjon, aktivitet og deltakelse (jf. WHO's klassifikasjon ICF). § 1-4 første ledd kan tyde på at utvalget mener at det skal legges en vid definisjon til grunn.

Loven må baseres på en vid definisjon av helse for at kommunen skal etterleve sin plikt til å legge til rette for innbyggernes funksjonsevne, aktivitet og deltakelse (jf. § 1-4 første ledd).

*Begrepet «helse» bør defineres i loven. (Se også våre kommentarer til § 10.1 Miljørettet helsearbeid.)*

## Kapittel 2. Kommunens ansvar

Det må utarbeides forskrifter med kvalitetskrav til tjenesteyting etter paragrafene i dette kapitlet (jf. vår innledning), og brudd på disse må følges opp med sanksjoner som fører til endring. For at forskriftene skal kunne benyttes i utvikling og kontroll av omfang og kvalitet på tjenestene, må de være like konkrete som Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Andre forskrifter, som Forskrift om habilitering og rehabilitering, er i dag alt for lite konkrete når det gjelder hvilke oppgaver kommunehelsetjenesten skal løse. Dette gjør forskriften uegnet både til utvikling og tilsyn/kontroll.

### § 2-1 Kommunens ansvar for forebyggende og helsefremmende virksomhet

Utvalgets utkast til ny lov er i stor grad basert på individuelle tjenester og rettigheter. Forhåpentlig vil dette gjøre det enklere for innbyggerne å kreve at kommunene tilbyr adekvate helse- og sosialtjenester. Det kan imidlertid bidra til at kommunene satser enda mindre på helsefremmende og forebyggende arbeid enn i dag. Dette arbeidet har stor betydning både for den enkelte innbygger og for samfunnsøkonomien. *Derfor er det viktig at kommunene får en klarere plikt til å arbeide helsefremmende og forebyggende.*

### § 2-3 Oppgaver som skal ivaretas av kommunen

Utvalget foreslår at kommunenes oppgaver skal lovfestes, men at den detaljerte og spesifiserte opplistingen av ulike yrkesgrupper/tjenesteformer skal strykes. *NETF mener at dette er en riktig vei å gå.*

I dag opplever vi at den detaljerte listen virker konkurransevidende. Under behandling av kommunale budsjetter blir det altfor ofte foreslått kutt i ergoterapitjenesten med eneste begrunnelse at den ikke er inkludert i opplistingen og dermed ikke er «lovpålagt». Ikke sjelden skjer dette uten at man på forhånd har vurdert hvordan tjenesten bidrar til å dekke befolkningens behov og til å løse kommunens lovpålagte oppgaver. Listen med yrkesgrupper/deltjenester representerer heller ingen garanti for kvaliteten på oppgaveløsningen.

Det er imidlertid viktig at kommunene ansetter personell med tilstrekkelig kompetanse for å sikre et faglig forsvarlig nivå på tjenestene. Utdanningsnivå er i denne sammenheng ikke uvesentlig. Man kan ikke forutsette at lokalpolitikere og administrativt personell i kommunene skal ha tilstrekkelig kompetanse til å vurdere behovet for personell med ulik utdanning. Ansettelse av personell med rett kompetanse må derfor sikres gjennom forskrifter.

#### *Diagnostisering og behandling*

Det bør være et samsvar mellom kommunens oppgaver og innbyggernes rett til sosial- og helsehjelp. Vi savner et punkt i § 2-3 som tilsvarende retten til legehjelp i § 3-1 f.

I § 1-3 i Kommunehelsetjenesteloven er diagnostisering og behandling eksplisitt nevnt. *Dette bør videreføres.*

#### *2-3 e viii Hjelp til å skaffe bolig*

Dagens lovverk slår fast at kommunens helsetjeneste skal omfatte sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie (§ 1-3 sjette ledd). I følge lovutkastet skal kommunen yte «hjelp til å skaffe bolig til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, og som har behov for særlig tilpasset bolig eller tjenestetilbud i tilknytning til bolig». Vi frykter at denne endringen vil friste økonomisk pressede kommuner til å gi dårligere tilbud til innbyggere som trenger ny bolig på grunn av behov for heldøgns omsorg og pleie.

*NETF mener at kommunenes plikt til å tilby sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie må videreføres.*

#### *Oversikt over behov*

Det er viktig at kommunene planlegger sitt tjenestetilbud i lys av en helhetlig oversikt over dagens behov for helse- og sosialtjenestene og antakelser om framtidige behov. Tilbudet kan ikke utelukkende dimensjoneres etter de individuelle behov som til enhver tid er kartlagt, blant annet fordi det kan ta tid å etablere nye tilbud. Videre er det viktig at kommunen aktivt kartlegger befolkningens behov for helse- og sosialtjenester, slik at tilbudet ikke blir avhengig av den enkeltes evne til å identifisere sine egne behov og etterspørre adekvate tjenester. For å bidra til å sikre at kommunen til enhver tid har et tjenestetilbud som stemmer med innbyggernes behov bør det tas inn en bestemmelse i loven (i § 2-3 eller § 11-1) om at *kommunen skal ha en generell oversikt over behov for helse- og sosialtjenester i kommunene.*

## § 2-4 faglig forsvarlighet

Begrepet «faglig forsvarlighet» er svært sentralt i loven, og henger nøye sammen med retten til «nødvendig helsehjelp» (§ 3-1). Vurderingen av hva som er nødvendig og faglig forsvarlig helsehjelp er helt avhengig av brukernes behov, og av hvem som vurderer behovene og tjenestene. 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 tjenesteutøvere på alle nivåer. (Se også kommentar til §§ 2-3, 11-1 og 11-2.) Videre er det helt nødvendig at det utarbeides gode kvalitetsforskrifter (jfr. innledningen til høringssvaret og til kapittel 2).

## Kapittel 3. Rett til sosial- og helsetjenester

### § 3-1 Rett til sosial- og helsetjenester

#### *Arbeid og arbeidshelse*

Helsetjenestene kan og bør spille en viktig rolle i arbeidet for å få flere i arbeid og færre på stønad (jf. St.prp. nr. 46 Ny arbeids- og velferdsforvaltning). Kommunehelsetjenestens ansvar når det gjelder tiltak rettet mot arbeid og arbeidsplass, er uklart i dag. Rikstrygdeverket har i flere sammenhenger understreket at kommunenes lov- og forskriftsfestede ansvar for rehabilitering (jf. Kommunehelsetjenesteloven og Forskrift om habilitering og rehabilitering) gjelder på alle livsarenaer – også i tilknytning til arbeid. Flere kommuner benytter imidlertid merknaden til § 11 i Forskrift om habilitering og rehabilitering som et argument for ikke å prioritere «arbeidsrelaterte tiltak» Det er et stort behov for å klargjøre kommunehelse-tjenestens ansvar i forhold til langtidsykemeldte/funksjonshemmede og arbeidsliv. *Derfor bør dette eksplisitt nevnes i loven* (f.eks. i § 3-1 b og e).

### §§ 3-6, 3-7 og 3-8 Individuell plan

På mange viktige områder er lovutkastet veldig generelt, men utvalget foreslår detaljerte paragrafer om individuell plan. Dette kan synes noe merkelig, blant annet fordi det allerede finnes en forskrift om individuell plan. Plikten til å delta i utarbeiding av individuell plan vil forhåpentligvis bli hjemlet i stadig flere lover (jf. NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt). Derfor kan det synes hensiktsmessig å begrense ordlyden i lovene og heller innarbeide detaljene i en revidert (og felles) forskrift om individuell plan.

Utvalget foreslår at individuell plan skal få en større juridisk betydning både som grunnlag for tildeling av tjenester og for klager. Forhåpentlig vil dette være med på å sikre brukere helhetlige og behovstilpassede tjenester. Det er imidlertid en fare for at det bidrar til at vekten blir lagt på selve planen og ikke på planprosessen. Dette kan undergrave planen som et nyttig prosesshjelpemiddel som skal gjenspeile tjenestemottakeres egne ønsker og opplevde behov. Hvis utarbeiding av individuell plan blir en byråkratisk øvelse ved et bestillerkontor, blir resultatet lett fragmenterte tjenester. Utarbeiding av individuell plan må være et samarbeidsprosjekt mellom tjenesteyterne og bruker. Dette er spesielt viktig for tjenestemottakere med behov som er sammensatt og som stadig endrer seg. Ikke minst innen rehabilitering er det av stor betydning at individuell planlegging blir en naturlig del av rehabiliteringsprosessen, og det må tas høyde for at dette krever ressurser. *En forskrift om individuell plan må i stor grad legge vekt på prosess- og brukerperspektivet.*

## **Kapittel 4. Saksbehandling ved vedtak om tildeling av tjenester**

### *§ 4.6 Klage. Omgjøring utenfor klagesak*

I lovutkastet legges det stor vekt på individuelle rettigheter og individuell klageadgang. Som det framgår i merknadene til lovutkastet (s. 153), så regulerer loven «et område (...) der de private parter som berøres, bare i begrenset grad vil ha ressurser til selv å klage over avgjørelser eller mangelfulle tjenester.» Det er derfor en reell fare for at ressurssterke tjenestemottakere som benytter – eller kan benytte – klageretten, vil få et bedre tilbud enn andre. For å unngå en situasjon preget av «de sterkes rett» er det svært viktig med konkrete kvalitetsforskrifter (jf. vår innledning), internkontroll (jf. § 11-1), aktive tilsynsmyndigheter (jf. §§ 12-1 og 12-2) og gode meldingsrutiner.

*NETF støtter flertallsforslaget om at fylkesmannen skal prøve alle sider av vedtaket.*

## **Kapittel 9. Taushetsplikt**

### **§ 9-6 Opplysninger til samarbeidende personell**

NETF ser klare fordeler med en opprydding i bestemmelsene om taushetsplikt, en innskjerping av «need to know»-prinsippet og en oppmykning i reglene om utveksling av informasjon på tvers av profesjonsgrensene. Vi stiller oss imidlertid underende til at § 9.6 ikke baseres på en hovedregel om samtykke.

Vi vil også benytte anledningen til å påpeke at det skal mer til enn lovendringer for å endre dagens praktisering av taushetsplikt. NETF vil derfor understreke at det må settes av ressurser både til opplæring og til utarbeiding av gode tekniske løsninger.

## **Kapittel 10. Miljørettet helsevern**

### **§ 10-1 Definisjon. Forskrifter**

Forståelsen av begrepet «miljørettet helsevern» er helt avhengig av hvilken helsedefinisjon man legger til grunn. Paragrafen bør etter NETFs mening moderniseres, f.eks. ved at man definerer miljørettet helsevern slik: Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som kan ha innvirkning på befolkningens helse, funksjon, aktivitet og deltakelse. Paragrafen vil således dekke bl.a. universell utforming / tilrettelegging for tilgjengelighet.

## **Kapittel 11. Organisering av kommunale sosial- og helsetjenester**

### **§ 11-1 Kommunens ansvar for organisering av sosial- og helsetjenester**

Bestemmelsene om faglig ansvarlige for tjenestene kan etter NETFs mening leses på flere måter. Vi har imidlertid forstått utvalgsmedlemmene dit hen at intensjonen er å klargjøre og å forankre ansvaret for faglig forsvarlighet på alle ledelsesnivåer.

NETF støtter denne intensjonen, men mener at paragrafen bør skrives om slik at intensjonen blir klarere.

Videre vil vi påpeke at vurderingen av faglig forsvarlighet krever faglig innsikt. Det er ikke likegyldig hvem som utpekes som faglig ansvarlige for deltjenestene. *Dette bør derfor konkretiseres i en forskrift.*

En forskrift om faglig ansvarlige for deltjenestene kan med hell bygge på Steineutvalgets syn på faglig ledelse i sykehus. I NOU 1997:2 Pasienten først framhever utvalget at «de ulike faggruppens utøvelse av det systemmessige lederskapet har stor betydning for hvordan sykehusene tilfredsstiller pasientenes behov. Kvalifisert ledelse av et fag vil bidra til at fagets medarbeidere på en bedre måte får brukt sin kompetanse.» Dette har samme gyldighet i kommunene.

Utvalget trakk fram fire forhold som er viktige i forhold til den faglige ledelsesfunksjonen:

- For det første at det bør ligge i faglig ledelse å være systematisk og kontinuerlig oppdatert på spørsmål om fagets utvikling og hvordan den faglige kompetansen kan brukes til å tilfredsstille pasientenes behov.
- For det andre å være seg bevisst hvilke rammebetingelser som bør være til stede for at den kompetanse som ligger i faget skal kunne utnyttes.
- For det tredje å danne seg et bilde av hvordan faget bør samarbeide med andre fag og at det gjennomføres nødvendige dialoger.
- For det fjerde at det vurderes hvilke kompetanseoppbyggende og -vedlikeholdende tiltak som bør gjennomføres for at fagets medarbeidere skal følge med i den faglige utviklingen og være rustet til å oppfylle forsvarlighetskravene.

*Dette er viktige punkter å inkludere i en forskrift om faglig ansvarlige for deltjenestene.*

### **§ 11-7 Opplæring av personell**

Kommunens ansvar for at personell får nødvendig opplæring er berørt i lovutkastet, mens ansvaret for undervisning og opplæring helsefagstudenter ikke er berørt. Et tilstrekkelig antall praksisplasser for helsefagstudenter er en forutsetning for at kommunehelsetjenesten skal få tilgang på faglig kvalifisert personell.

*NETF mener at kommunene må pålegges ansvar for undervisning og opplæring av helsefagstudenter på linje med spesialisthelsetjenesten (jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-5).*

NETF ønsker lykke til med det videre arbeidet, og bidrar gjerne med utdyping av våre synspunkter.

Med vennlig hilsen  
Norsk Ergoterapeutforbund

Karin M. Liabø  
forbundsleder

Mona Johansen  
politisk sekretær