



Helse- og omsorgsdepartementet

Vår dato: 14.01.2011
Arkivnr.: 231
Journalnr.: 15/11

Høringsuttalelse, ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Innledning

Norsk Ergoterapeutforbund mener at fremtidens helse- og omsorgsutfordringer ikke løses ved å gjøre mer av det samme vi gjør i dag, og at det er et stort behov for nytanking. Samhandlingsreformen og lovforslaget inneholder gode intensjoner om oppdaterte løsninger, men fortsatt mangler tydeliggjøring av kommunenes ansvar og plikter til å yte kvalitative og kvantitativt riktige tjenester til rett tid.

Norsk Ergoterapeutforbund bidrar gjerne i et paradigmeskifte mot tjenester som i langt større grad tar utgangspunkt i innbyggernes ressurser, gevinster ved mestring, arbeidsnærvær og ønsker om å bo lengst mulig i eget hjem.

Norsk Ergoterapeutforbund mener at lovens formål beskriver godt de sentrale elementene knyttet til god helse og praktisk bistand. I lovens formål benyttes begreper som mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne, bedre levevilkår for vanskeligstilte, økt likeverd, likestilling og gi muligheter for å leve og bo selvstendig.

Norsk Ergoterapeutforbund mener likevel at lovforslaget ikke godt nok innfrir kravene om en økt satsning på rehabilitering som Stortinget etterspurte i sin innstilling til Samhandlingsreformen (Innst. 212 S (2009-2010)). Lovforslaget må gjennomgås i forhold til form, innhold og begrepsbruk, fordi forslaget ikke har en helhetlig fremstilling og bærer preg av å være en sammenslåing av de to lovene.

Norsk Ergoterapeutforbund mener at kommunene må settes i stand til å oppfylle § 1-1. Forbundet ser imidlertid at kommunestørrelser og muligheter for å etablere robuste, attraktive fagmiljøer kan bli en utfordring. Det må stilles tydelige krav til

kommunene slik at innbyggerne får likeverdige og faglig forsvarlige tjenester. Hensynet til kommunal selvråderett må ikke være til hinder for dette.

Innspillene som følger er både av generell karakter og knyttet til paragrafene i lovforslaget.

Navnet på loven

Norsk Ergoterapeutforbund mener at navnet på loven ikke er dekkende for de tjenester den omhandler. Lovens navn må speile omfanget av dagens helse- og sosialvirksomhet. I lovforslaget argumenteres det med at å fjerne begrepet *sosial* fordi begrepet ikke er entydig. Vi mener at begrepet *omsorg* heller ikke er entydig, og gir assosiasjoner til passivt mottak av tjenester der yter og mottaker ikke er likeverdige partnere. Navnet på loven må speile at den også dekker tjenester til en lang rekke personer som verken er syke eller omsorgstrengende.

Norsk Ergoterapeutforbund mener at navnet på loven må endres, og foreslår Lov om kommunale helsetjenester og praktisk bistand.

Profesjonsnøytralitet

Norsk Ergoterapeutforbund mener at en "profesjonsnøytral" lov er en riktig vei å gå. Forbundet mener at kommunenes oppgaver må lovfestes, uten at loven skal inneholde en opplisting av "lovpålagte" profesjoner. Dette var også forbundets syn i høringsinnspillet til NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Dersom loven likevel ender opp med en opplisting av profesjoner, må det gjøres en grundig vurdering av hvilke profesjoner som skal inkluderes, der ergoterapeuter i så fall må være med.

Opplisting av enkelte profesjoner gir ingen garanti for at innbyggerne får dekket sine behov for helse- og omsorgstjenester. Tvert om, i dag tilbys ofte tjenester fra "lovpålagte" profesjoner, selv når det er annet helsepersonell det er behov for. Mange kommuner nedprioriterer ergoterapitjenesten med eneste begrunnelse at den ikke er inkludert i opplistingen og dermed ikke er "lovpålagt".

Profesjonsnøytralitet er et viktig og riktig prinsipp som gir rom for utvikling av helse- og omsorgstjenestene, med utgangspunkt i oppdatert kunnskap og nye behov. Det gir anledning til å ta utgangspunkt i den enkelte brukers funksjon, og gi tilbud etter behov og ikke etter de opplistede fagprofesjonene.

Profesjonsnøytralitet stiller store krav til å beskrive kompetansekrav samt å definere innhold og kvalitet i tjenestene.

Sammenslåing av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven må ikke forringe innbyggerens tilgang til helsehjelp, slik det er definert i Pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c. Der står det at helsehjelp ytes av helsepersonell, som i Helsepersonelloven § 3 er definert som personell etter autorisasjon etter § 48 eller lisens etter § 49 i samme lov.

Helsehjelp, gitt av autorisert og lisensert helsepersonell, må være en tydelig del av loven, og kan inkluderes i kapittel 3, § 3-1:

Kommunen skal sørge for at personer som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig helsehjelp, gitt av autorisert eller lisensert helsepersonell og omsorgstjenester.

Kompetansekrav, innhold og kvalitet i tjenestene

Kommunene må ha personell med riktig kompetanse og tilstrekkelige ressurser for å sikre faglig forsvarlige tjenester. Dette setter krav til

1. Dokumentasjon av innbyggernes behov
2. Beskrivelse av innhold i tjenestene
3. Kvalitet i tjenestene

1. Dokumentasjon av innbyggernes behov

Det er viktig at kommunene planlegger sitt tjenestetilbud i lys av en helhetlig oversikt over dagens behov for helsetjenester og praktisk bistand, og fremskrivninger av behov. Tilbudet kan ikke utelukkende dimensjoneres etter de individuelle behov som til enhver tid er kartlagt, blant annet fordi det tar tid å etablere nye tilbud. Videre er det viktig at kommunen aktivt kartlegger befolkningens behov for helsehjelp og praktisk bistand, slik at tilbudet ikke blir avhengig av den enkeltes evne til å identifisere sine egne behov og etterspørre adekvate tjenester. Kartleggingsarbeidet må utføres tverrfaglig, i samarbeid med brukerne.

Lovforslaget sier lite om behovet for bedring av statistikk, som i dag er svært mangelfullt, både i forhold til innbyggernes behov og i forhold til tjenester som ytes. De kommunale, elektroniske journalsystemene og dagens genererte statistikk viser ikke innhold og omfang av kommunal rehabilitering. Systemene gir rom for å dokumentere enkelte yrkesgruppers innsats, mens andre yrkesgrupper er helt usynlige. Det gjør det umulig å evaluere resultater i forhold til kvalitet og kvantitet på tjenestene.

For å sikre at kommunen til enhver tid har et tjenestetilbud som stemmer med innbyggernes behov må loven pålegge kommunen å ha oppdatert oversikt over behov for helsehjelp og praktisk bistand.

Kommunene må også ha registreringssystemer som danner grunnlag for evaluering både av de ulike delene tjenestene og helheten, og som kan gi mulighet for sammenligning med andre kommuner.

2. Beskrivelse av innhold i tjenestene

For å imøtekomme innbyggernes behov, må kompetansebehovet beskrives. Deretter må tjenestene bemannes tverrfaglig, med profesjoner som imøtekommer behovene. Dette er den eneste måten man kan utforme treffsikre tjenester og bryte vanetenkning og hegemonier. Autorisert helsepersonell må være kjernen i tjenestene.

Løsningene har to parallelle tilnærminger: Rett bemanning på rett sted og utvikling av innholdet i utdanningene for å imøtekomme dagens og morgendagens utfordringer.

3. Kvalitet i tjenestene

Norsk Ergoterapeutforbund er enig i at loven baseres på et "sørge-for-ansvar", men det kan bare fungere dersom kvalitet, kapasitet og kompetansekrav er tydelig beskrevet. Siden loven omhandler helse- og omsorgstjenester og ikke bare helsehjelp, vil kvalitetsstandarder sikre faglig forsvarlige tjenester og danne grunnlag for avviksmeldinger, revisjoner og forbedringer.

Befolkningen må vite hvilken kvalitet de kan forvente, og de ansatte må vite når tjenestene avviker fra kvalitetsstandarden.

Definisjonen av kvalitet i § 1-3, bokstav c, må danne grunnlag for utvikling av kvalitetsstandarder for helse- og omsorgstjenester.

I § 3-1 må tas inn en setning om at kommunen plikter å følge nasjonale retningslinjer utgitt av Helsedirektoratet, og registrere avvik fra retningslinjene.

Kvalitet, kapasitet og kompetansekrav danner grunnlag for beskrivelser av faglig forsvarlighet. Vurdering av faglig forsvarlighet krever faglig innsikt. Det er ikke likegyldig hvem som utpekes som faglig ansvarlige for tjenestene i kommunen.

En forskrift om faglig ansvarlige for tjenestene kan med hell bygge på Steineutvalgets syn på faglig ledelse i sykehus. I NOU 1997:2 Pasienten først framhever utvalget at «de ulike faggruppernes 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.

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

- å være systematisk og kontinuerlig oppdatert på spørsmål om fagets utvikling og hvordan den faglige kompetansen kan brukes til å tilfredsstille pasientenes behov.
- å være bevisst på hvilke rammebetingelser som bør være til stede for at den kompetanse som ligger i faget skal kunne utnyttes.
- å danne seg et bilde av hvordan faget bør samarbeide med andre fag og at det gjennomføres nødvendige dialoger.

- å vurdere 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.

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 som over, til kompetanse hos ledere og tjenesteutøvere på alle nivåer. Kravene til kompetanse må utarbeides i samarbeid med de ansattes og brukernes organisasjoner.

Kommentarer til et utvalg av lovens kapitler:

Kapittel 3. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester

Oppbyggingen av dette kapittelet er inkonsistent og bærer i stor grad preg av å være en sammenslåing av de to lovene, uten at det har lyktes å gjøre det slik at de ulike ansvarsområder og tiltak fremstilles likeverdig. I § 3-2 er mange av de nåværende tiltak under kommunehelsetjenesteloven listet opp, mens §§ 3-5 til 3-9 er egne avsnitt fra sosialtjenesteloven. Disse paragrafene må gjennomgås, slik at det ikke ser ut som helsetjenester er tilfredsstillende omtalt ved opplisting, mens andre områder kan bli misforstått som mer betydningsfulle, fordi de presenteres fyldigere.

Det er for eksempel ikke logisk at personlig assistanse er ramset opp i § 3-2, punkt 6, bokstav c, mens det er en egen § 3-9 om brukerstyrt personlig assistanse. Det samme gjelder for § 3-2, punkt 3, bokstav a og § 3-5. Slik ulik fremstilling medfører fare for at de viktige helse- og omsorgstjenestene i § 3-2 blir mindre synlige og mindre vektlagt.

Utredning, diagnostisering og behandling utføres av flere enn fastlegene. Funksjonsdiagnoser stilles av flere yrkesgrupper, og er ofte et nødvendig tillegg til rene medisinske diagnoser. For mennesker med funksjonsnedsettelse er kartlegging av funksjon og ressurser like viktig som den medisinske årsaken til tap av funksjon.

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*

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.

Råd og veiledning er rettet mot å øke mestring for personer som skal lære seg å leve med endret funksjon.

Departementet *må, ikke bare kan*, i forskrift gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i rehabiliteringstjenestene, herunder kvalitets- og funksjonskrav. Brudd på disse kravene må følges opp med sanksjoner som fører til endring. 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 helse- og omsorgstjenestene skal løse i kommunene. Dette gjør forskriften uegnet både til utvikling av kvalitetskriterier, tjenesteutvikling og tilsyn/kontroll.

For å oppfylle lovens formål om nødvendig tilbud av tjenester til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverd og deltagelse må det stilles krav om tverrfaglig sammensetning av helsepersonell med rehabiliteringskompetanse.

Departementet *må* også i forskrift gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i fastlegeordningen, herunder kvalitets- og funksjonskrav.

Norsk Ergoterapeutforbund mener at fastlegen er en sentral person for mange, men ikke for alle. Det er ingen grunn til at fastlegene skal være koordinator i individuell plan fremfor andre profesjoner. Forbundet mener at brukeren selv skal ha en stemme ved valg av koordinator. Fastlegeforskriften må pålegge fastlegene å samarbeide med helsetjenesten, herunder å delta i tverrfaglig, kommunal rehabilitering.

§ 3-6 om kommunens ansvar for opplæring er en uklar paragraf, fordi avgrensingen mellom opplæring, opptrening og rehabilitering ikke er definert.

Lærings og mestringssentra er beskrevet i samhandlingsreformen, og Norsk Ergoterapeutforbund støtter etablering av kommunale lærings og mestringssentra som et lavterskeltilbud knyttet til funksjon og ikke diagnoser. Sentrene må ha tilbud utover frisklivstilbud knyttet fysisk aktivitet, tobakk og ernæring og ha ansatt autorisert helsepersonell. Sentrene kan benyttes til kurs og selvhjelpsgrupper, for eksempel mestringkurs, innføringkurs for likemenn, fallforebygging, livsstilskurs og kurs i helsepedagogikk. Aktivitetene må henge sammen med øvrige tilbud i lokalmiljøet.

Kapittel 7 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Rett til å få utarbeidet individuell plan i pasientrettighetsloven fører til plikt for helsetjenestene til å utarbeide en individuell plan. Krav til innhold individuell plan har til nå ikke vært spesifisert eller lovpålagt. Lovforslaget må sikre at brukerne får

helhetlige, tverrfaglige og behovstilpassede tjenester. Det er fortsatt fare for at det i utarbeidelsen av individuell plan blir lagt større vekt på selve planen og ikke på planprosessen. Det må fokuseres på planen både som et prosesshjelpemiddel og på oppfølging av planens innhold.

Utarbeiding av individuell plan må være et samarbeidsprosjekt mellom tjenesteyterne og bruker. Dette er spesielt viktig for brukere 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.

Norsk Ergoterapeutforbund 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.

Koordinator for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester må gis rammebetingelser som gjør det mulig å fylle koordinatorrollen.

Koordinerende enhet må etableres i alle kommuner og den må være godt synlig i kommunen, også for alle fastlegene og for spesialisthelsetjenesten. I dagens praksis mangler mange kommuner denne lovpålagte enheten, eller den er svært lite kjent. Kunnskap om de kommuner som har det, mangler i spesialisthelsetjenesten.

Kap 8 Undervisning, praktisk opplæring og utdanning

Oppgaveglidning fra spesialisthelsetjenesten til helse- og omsorgstjenesten aktualiserer behovet for systematisk faglig oppdatering, etter- og videreutdanninger.

Kommunens plikt til å bidra i undervisning og praktisk opplæring av nytt helsepersonell må systematiseres. Et tilstrekkelig antall praksisplasser for helsefagstudenter er en forutsetning for at helse- og omsorgstjenestene skal få tilgang på faglig kvalifisert personell.

Norsk Ergoterapeutforbund mener at kommunenes ansvar for undervisning og opplæring av helsepersonell må innskjerpes. Ansvar et må avtales, slik at ansvaret praktiseres slik som i spesialisthelsetjenesten (jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-5).

Fagutvikling og forskning

Fagutvikling og forskning må 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.

Avslutning/oppsummering

Norsk Ergoterapeutforbund mener at lovens formål beskriver godt de sentrale elementene knyttet til god helse og praktisk bistand. Forbundet mener at lovforslaget ikke er tydelig nok på hvordan kommunene skal oppfylle lovens formål.

Det er særlig 5 temaer som må bli sterkere vektlagt i loven:

- **Profesjonsnøytralitet og helsehjelp**

Sammenslåing av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven må ikke forringe innbyggerens tilgang til helsehjelp, slik det er definert i Pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c. Der står det at helsehjelp ytes av helsepersonell, som i Helsepersonelloven § 3 er definert som personell etter autorisasjon etter § 48 eller lisens etter § 49 i samme lov.

Helsehjelp, gitt av autorisert helsepersonell, må utgjøre kjernen i kommunale helsetjenester.

- **Tydelig krav til innhold i kommunal rehabilitering**

Lovteksten under § 3.2 punkt 5 må inkludere arbeidsrehabilitering og tydeliggjøre at habilitering, rehabilitering og arbeidsrehabilitering inneholder både; opptrening, fysisk, kognitivt og sosialt samt tilrettelegging, råd- og veiledning.

- **Befolkningens behov, tiltak og tjenester**

Lovteksten må bli tydeligere på kommunenes ansvar for å følge med på og beskrive innbyggernes behov for helsehjelp og omsorgstjenester, og definere innhold og kvalitet i tjenestene. Kommunen må ha systemer for å følge med og rapportere avvik fra fastsatte, nasjonale kvalitetsstandarder.

- **Nasjonale, faglige retningslinjer**

Nasjonale, faglige retningslinjer, med kompetansekrav, må utarbeides slik at de kan benyttes også i de kommunale tjenestene. For å oppnå det, er det behov for styrking av forskning på helsehjelp og omsorg for ulike brukergrupper og arbeidsmetoder i de kommunale tjenestene.

- **Faglige oppdatering av helsepersonell**

Kommunene må sørge for faglige oppdatering av helsepersonell. Fastlegene må i langt større grad være en samarbeidspartner i helse- og omsorgstjenestene.

Norsk Ergoterapeutforbund mener at loven må følges opp med tydelige forskrifter, slik at eventuelle brudd i sammenhengende forløp unngås og slik at kommunene er rustet til å møte innbyggernes utfordringer knyttet til helse og praktisk bistand.

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

Med vennlig hilsen
Norsk Ergoterapeutforbund



Mette Kolsrud
forbundsleder



Toril Laberg
fagsjef