



Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 DEP  
0030  
Oslo

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202000092

Dato: 08-12-2020

## **Høring: Høring av forslag om godkjenningsmodell for fritt brukervalg i de kommunale helse- og omsorgstjenestene**

Legeforeningen viser til høring av forslag om godkjenningsmodell for fritt brukervalg i de kommunale helse- og omsorgstjenestene med frist 8.12.2020. Saken har vært på organisasjonsmessig høring og er vedtatt i Legeforeningens sentralstyre.

Innslaget av private aktører som bidrar som en del av den offentlige helsetjenesten er politisk kontroversielt. Det er naturligvis svært ulike syn også blant Legeforeningens medlemmer på dette spørsmålet, og det faller utenfor vårt mandat å trekke opp nøyaktig hvor denne grensen bør gå. Legeforeningen vil likevel fremheve som et overordnet hensyn viktigheten av en sterk offentlig helsetjeneste med størst mulig grad av likhet i både tilgjengelighet og innhold landet over. I den grad private aktører skal gis en rolle må det investeres i langsiktighet, kvalitet og samhandling.

Legeforeningen er kritisk til forslaget. Vi mener det er stor risiko for at en slik ordning dreier ressurser fra tjenesteyting til byråkrati, tilsyn og oppfølging. Legeforeningen mener det er grunn til å reise spørsmål ved hvorvidt kommunene vil ha kompetanse og ressurser til å følge opp de private tilbyderne på god nok måte. Legeforeningen erfarer at en del kommuner allerede i dag har problemer med å følge opp private tilbydere de har inngått avtaler med.

Som det vil fremgå av denne høringsuttalelsen, ser Legeforeningen flere utfordringer med forslaget. Det vil videre kunne slå svært ulikt ut for ulike kommuner. Antakelig er det mest aktuelt for kommuner over en viss størrelse og i mer sentrale strøk. Legeforeningen vil også innledningsvis understreke det avgjørende i at den her aktuelle ordningen er valgfri for kommunene.

Legeforeningen mener departementet undervurderer de administrative konsekvensene av forslaget. Kommunene må etter forslaget utarbeide vilkår for godkjenning og håndtere søknader, følge opp tjenesteleverandører, føre tilsyn med virksomhetene, informere brukere og pårørende individuelt om tilbudene og i tillegg ha et kommunalt alternativ for personer som ikke kan eller vil velge. Dette er oppgaver som kommer i tillegg til dagens organisering. Ressursene som må brukes på dette kunne ellers vært brukt til utvikling av de tjenestene kommunen allerede har. Det er også en bekymring at økt behov for administrasjon vil trekke kvalifisert helsepersonell ut av den pasientnære virksomheten i kommunene og over til administrative oppgaver.

Kommunene må ifølge forslaget sørge for tilstrekkelig tilsyn med tjenestene. Dette vil være ressurskrevende og kommunene vil fortsatt stå ansvarlig for at innbyggerne får de tjenester de har



krav på. For de kommunene som ønsker å innføre en godkjenningsmodell vil en slik digital plattform som det vises til vil være viktig for å lette arbeidet. Legeforeningen mener det er ytterligere forhold som bør avklares for å i enda større grad forenkle administrasjonsjobben for kommunene. Det er behov for å avklare hvordan de ulike prosessene skal gjennomføres; både godkjenning, oppfølging, tilbakekall av godkjenning og evt klageadgang.

Det foreslås i § 3-11 annet ledd bokstav d at kommunen må ha et tilbud i egenregi for personer som ikke kan eller vil velge. Det må vurderes om dette kan bortfalle såfremt personene er garantert et tilbud som oppfyller de kravene kommunen stiller til tjenester.

Det foreslås at leverandørene skal kunne tilby tilleggstjenester som går utover det kommunalt utformede tjenestetilbudet. Det vil kunne utfordre likhetsprinsippet som departementet har lagt til grunn i en annen sammenheng, når det gjelder administrering av legemidler som ikke finansieres av den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Legeforeningen vil særskilt fremheve enkelte punkter som gir grunn til bekymring for bredding av den aktuelle ordningen:

Kontinuitet er en viktig faktor i de kommunale tjenestene. Det dreier seg om både personlig kontinuitet, informasjonskontinuitet og behandlingskontinuitet.

Informasjonskontinuitet og personlig kontinuitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil kunne svekkes ved økt bruk av private tilbydere. Når behandlere i tjenesten kjenner pasientenes tidligere sykehistorie, familiesituasjon og nærmiljø har dette betydning for kvaliteten. Det angis i høringsnotatet at kommunene bør stille krav om kompetanse og erfaring, men varighet av kjennskap til pasientene er ikke vektlagt.

I nasjonal retningslinje for demensomsorg vektlegges følgende som sterke anbefalinger (<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>):

- Personalet skal ha kunnskap om pasientens individuelle behov, ønsker, meninger og vaner, inkludert kunnskap om personens bakgrunn, livshistorie, åndelig identitet og kulturelle referanseramme.
- Kompetanse om demens innebærer blant annet gode kunnskaper om demenssykdommer, personsentrert omsorg, kommunikasjon, kartleggingsverktøy, oral helse (tannhelse), ernæring, lindrende behandling, miljørettede og psykososiale tiltak og aktiviteter, forebygging og avdekking av vold og overgrep, legemiddelbehandling, samt etikk og lovhjemler for bruk av tvang og varsling om vold og overgrep.
- Det er viktig at virksomheten sikrer at de ansatte har god kjennskap til relevante tilbud i egen kommune for å kunne sette inn tiltak i tråd med sykdomsutviklingen til personer med demens, samt pårørende.

I tillegg anbefales tverrfaglige team (hukommelsesteam/ demensteam/tverrfaglig team mv) som tilbud til personer med demens og deres pårørende. Disse teamene starter sitt arbeid mens pasienten bor hjemme og de samarbeider med pasientens fastlege. De skal sikre et fast koordinerende kontaktpunkt i kommunen under hele sykdomsforløpet, og ved å privatisere omsorgen er vi bekymret for at det vil medføre fragmenterte og ikke helhetlige tjenester.



For den eldre skrøpelige demente pasienten vet vi at det å skifte omgivelser eller møte ukjente ansatte kan være direkte helseskadelig.

Samhandling og godt samarbeid er viktig både mellom kommunale tjenester og med spesialisthelsetjenesten. For å samhandle godt må det ligge kunnskap om de ulike tjenestene til grunn, man må ha etablerte samarbeidsarenaer og god kunnskap om hvordan man kan nå hverandre. Ved å privatisere eldreomsorgen vil kunnskapen om tjenestene og kjennskapen til de som arbeider der bli dårligere for de andre samarbeidspartene (som sykehusavdelinger, fastleger og hjemmesykepleien). For eldre med sammensatte lidelser er legemiddelbehandling et spesielt viktig område å samhandle godt rundt. Vi er bekymret for at en privatisering vil medføre dårligere samhandlingsmuligheter. Det vil ta lang tid før private tilbydere vil ha samme samhandlingskompetanse som den offentlige helsetjenesten. Kompetanseheving, felles møteplasser og utdanning er også en viktig del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ved å flytte dette fra kommunale helsetjenester er vi bekymret for at verdien av dette ikke vektlegges nok.

Valgfrihet for brukerne fremheves av departementet, og man fremhever blant annet det å kunne bestemme hvilke ytelser som skal ytes når og hvor. Legeforeningen er imidlertid bekymret for at mange vil oppleve usikkerhet og utrygghet i valgsituasjonen. Det vil være krevende å skulle holde seg oppdatert på hvilke tilbud kommunen til enhver tid har. Vi har en bekymring for at valgene som skal tas ikke vil bli basert på hvor den faglig beste tjenesten gis, men andre forhold som geografisk lokalisasjon og profilering. Det er også en bekymring for at det er de ressurssterke brukerne som vil nyte godt av dette, og at det slik sett bidrar til en todeling av helsetjenestene.

Ved en anbudsordning er vi bekymret for at kvaliteten på tjenesten ikke verdsettes nok, dette handler om kontinuitet, kompetanse og kvalitet for alt personell. Vi kan uttale oss mest om legeressursene, men er også bekymret for kompetansen hos annet helsepersonell.

På sykehjem er det behov for legetjenester. Legene er ansatt av kommunen i små og store stillinger, og gjennom år opparbeides kunnskap om sykehjemsmedisin. Mange leger har i tillegg spesialisert kompetanse gjennom deltagelse på kurs, erfaring og engasjement eller særskilt kompetanse formalisert som godkjent kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin. Hvordan disse ansettelsesforholdene skal ivaretas ved overføring til private tilbydere er vanskelig å se. Mange sykehjemsleger er i tillegg fastleger og tar med seg kompetansen og erfaringene om pasientene og pårørende fra en mangeårig relasjon inn i arbeidet på sykehjem og behandlingstilbud.

### Erfaringene fra Sverige

I høringsforslaget viser man til «den svenske modellen» (s 5) som innebærer at grunnleggende vilkår for godkjenning og vurderingstema fastsettes på nasjonalt nivå, og hvor kommunene tilpasser oppdraget etter lokale forhold, ressurser og behov. Legeforeningen har omfattende kontakt med søsterforeningene i de andre nordiske landene og god oversikt over organisering og utfordringer. Erfaringene fra den svenske modellen er gjennomgående dårlige. Vi får rapporter fra våre svenske kolleger som tilsier at denne modellen ikke er et eksempel til etterfølgelse. Alle leverandører som oppfyller vilkårene for godkjenning får rett til å yte tjenester finansiert av kommunen. Svært mange ansatte har ikke fast ansettelse, men lønnes på timebasis fra ulike private tilbydere. Det har oppstått



et sterkt press på lønns- og arbeidsvilkår og mange mener det er en kraftig underfinansiering av tjenesten. Dette medfører også at de private tilbyderne ofte ikke prioriterer faste leger på «äldreboende». Regjeringen i Sverige bestilte i sommer en granskning av hva som gikk galt på «äldreboende». Inspektionen for vård og omsorg (IVO) leverte første del av rapporten i juli, og videre granskning pågår <https://ivo.se/globalassets/dokument/nyheter/2020/presskonferens-2020-07-07-presentation-ver-3.pdf>

Den initiale rapporten peker på store regionale forskjeller, problemer med å håndtere basalt smittevern og manglende legetilsyn for de som hadde behov for dette. Det er selvsagt ikke mulig for oss å konkludere om årsakene til dette, men vi mener dette er et relevant konkret eksempel som viser noe av risikoen ved privatisering av helse- og omsorgstjenester.

Med hilsen

Den norske legeforening

Jus- og arbeidsliv

Geir Riise  
generalsekretær

Lars Duvaland  
direktør

*Saksbehandler: Ida Øygard Haavardsholm, Spesialrådgiver/jurist*

Dokumentet er godkjent elektronisk