



Helse- og omsorgsdepartementet

14. september 2016

Høringsnotat om oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og oppgavemeldingen mv.

Pensjonistforbundet viser til Helsedepartementets høringsbrev datert 06.06.16. Pensjonistforbundets uttalelse er på vegne av Pensjonistforbundet og SAKO-organisasjonene (Postens Pensjonistforbund, Fagforbundet pensjonistutvalg, Telepensjonistenes Landsforbund, Jernbanepensjonistenes Forbund, Politiets Pensjonistforbund, Statens Vegvesens Pensjonistforbund og LO-Stats Pensjonistutvalg). Vi uttaler oss først og fremst på vegne av eldre.

Eldreomsorgen er en viktig del av helse- og omsorgstjenestene. SSB viser at 61 % (108 000) av mottakere av pleie og omsorgstjenester i hjemmet er eldre over 67 år. I tillegg bor ca. 40 000 i sykehjem. 80 % av de pasientene som bor i sykehjem har en grad av demens.

Pensjonistforbundet understreket behovet for økt kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse og omsorgstjenesten er nødvendig for å sikre gode faglig og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. I tillegg er det viktig å sikre god kontinuitet i tjenestene.

Høringen er en oppfølging av forslag i Primærhelsemeldingen og Oppgavemeldingen. Lovendringene presenteres stort sett som tydeliggjøring av det lovverk vi allerede har. Endringene består i at omforent og etablert praksis uttrykkes direkte i loven i stedet for at lovgrunnlaget må resonneres fra forskjellige bestemmelser. Pensjonistforbundet finner lovendringene som er foreslått fornuftig, og gir sin tilslutning til lovendringene med følgende merknader.

Kapitel 3. Oppfølging av forslag i Meld. St. 26

Fremtidens primærhelsetjeneste nærhet og helhet

Punkt. 3.2 Lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Pensjonistforbundet støtter et krav om at følgende må inngå i kommunenes kjernekompetanse: Lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesøster, ergoterapeut, psykolog, tannpleier og tannlege.

I tillegg vil Pensjonistforbundet understreke behovet for tilgang til ernæringsfysiolog, sosionom og geriatrisk kompetanse.

Geriatrisk kompetanse blir viktig framover med en sterkt økende aldrende befolkning og det må være tilgang til denne kompetansen også i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Slik kompetanse finnes i dag blant helsepersonell på høgskolenivå, gjennom videreutdanning og masterutdanning for sykepleiere og andre med helsefaglig bakgrunn. Det bør lovfestet at denne kompetansen er medregnet i kjernekompetansen til kommunene.

Pensjonistforbundet vil understreke behovet for å ha god bredde kompetanse og tilstrekkelig bemanning i kommunene. Tilgangen til kjernekompetansen må være reell og dette sikres etter vårt syn bare gjennom nærhet til de kommunale tjenestene. Når lovteksten bruker begrepet «knyttet til seg» synes det noe løsere enn om det lovfestes at denne kompetansen skal finnes i den enkelte kommune.

Krav om at kommunen må ha psykolog, ergoterapeut og tannlege knyttet til seg.

Sammen med de yrkesgrupper som er nevnt under punkt 3.2 utgjør dette etter departementets mening, den kjernekompetanse kommunen trenger. Men hva med de yrkesgrupper som kommunen også bruker i helsetjenesten, men som ikke er nevnt? Eksempler er spesialsykepleier, aktivtør, helsefagarbeider, vernepleier, sosionom og logoped. Står kommunen fritt til å sette hvem som helst til disse oppgavene? Departementet understreker at slik er det ikke, helsetjenester skal være faglig forsvarlige. Det vurderes slik at det som ikke er nevnt, heller ikke er nødvendig. Vi har merket oss at det kuttes i aktivtør- og logopedtjenester når kommunale budsjett skal salderes. Argumentet er gjerne at "dette er ikke et lovpålagt ansvar". Kan hende er det riktig, men det fører til en kvalitets senkning av helsetjenestene som neppe kan være tilsiktet fra departementets side.

Punkt 3.3 Lovfesting av at kommunen skal ha veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten, på tilsvarende måte som spesialisthelsetjenesten har overfor kommunen.

Pensjonistforbundet støtter forslaget som synliggjør en likeverdighet mellom de to nivåene og anerkjenner den kompetansen de kommunale helse- og omsorgstjenestene innehar. Det vil kunne fremme samhandling mellom de to.

Det er viktig at veiledningsplikten også gjelder personell i privat virksomhet som omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven. Dette må ikke forsvinne ut av lovforslaget.

Punkt 3.5 Tydeliggjøring av kommunens ansvar for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring.

Lovendringen skal bidra til tydeliggjøring av ansvar, veiledning og en bedre opplæring. Igangsetting av pårørendegrupper og samtalegrupper for pårørende krever ressurser. Vår erfaring tilsier at forbedringer kommer fortest på dette området hvis de følges av statlige stimuleringsmidler. God inkludering av de pårørende i helse- og omsorgstjenesten vil være en viktig ressurs.

Mange kommuner har allerede innført forsøk med **velferdsteknologi**. Det blir derfor et økt behov for teknologisk kompetanse i kommunene. Opplæring og vedlikehold av de teknologiske hjelpemidlene må implementeres i helse- og omsorgstjenestene.

Punkt 3.6 Tydeliggjøring av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

Hensikten er å få økt aktivitet innenfor et område hvor departementet tror det er mye skjult lovovertrødelse.

§ 3-3 a Kommunens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep

Pensjonistforbundet støtter de nye lovparagrafene i de tre lovene som understreker og tydeliggjør ansvaret de ulike tjenestene har når det gjelder å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

Andre særlig sårbare grupper som må fremheves er eldre pleietrengende, personer med demens og utviklingshemmede. Dette er grupper som det har vært mindre oppmerksomhet rundt mht utsatthet for vold og overgrep og her er det også behov for mer kunnskap. Dette beskrives også i høringsnotatet, men når det konkluderes med at dette lovforslaget ikke medfører kostnader så mener vi at behovet for kurs og etterutdanning underkommuniseres. En økt aktivitet på dette området må nødvendigvis føre med seg økte utgifter. Enkeltaker på dette området er erfaringsmessig ressurskrevende.

Kapitel 4 Etablering av forsøksordning hvor kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsykiatriske sentre.

Det understrekes at sørge-for-ansvaret forblir i helseforetaket, og dette er naturligvis riktig. Men Pensjonistforbundet er likevel bekymret for at helseforetakene bygger ned kompetansen før kommunene har fått på plass tilstrekkelig kompetanse. Dette bør utsettes til behandlingen av kommunereformen er vedtatt.

Kapitel 5 Overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen:

Pensjonistforbundet støtter i hovedsak departementets forslag om å innta kommunens ansvar og plikter vedrørende tannhelsetjenester i Helse- og omsorgs-tjenesteloven samtidig som brukerens og pasientenes rettigheter etc. tas inn i Pasient og brukerrettighetsloven når overføringen fra Fylkeskommunen til kommunen finner sted. Vi finner det likevel viktig å presisere følgende:

Merknad 1: I lovteksten (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2b) er det foreslått å bruke og videreføre ordene *tannhelsetjenester* og *tannhelsetilbud* slik som i Lov om tannhelse fra 1983. Det er mer enn 30 år siden denne loven ble skrevet, og i løpet av disse årene er det nå dokumentert at sykdommer i munn og tenner har sammenheng med pasientens ernæringsstatus og den generelle helse. WHO bruker begrepet «oral health». Departementet bør benytte anledningen til å endre ordene «tannhelsetjenester» og «tannhelsetilbud» til *munnhelsetjenester* og *munnhelsetilbud* evt. *Munn- og tannhelsetjenester* og *Munn- og tannhelsetilbud*. Dette vil synliggjøre overfor andre profesjonsgrupper som behandler eldre at munnen er en del av kroppen som har behov for stell og pleie på lik linje med kroppen forøvrig. Slik som det er nå, blir ofte munn og tannhelseproblemer uteglemt i helhetsvurderingen av pasientenes helsetilstand. Det å bruke begrepet *munn og tannhelse* i lovteksten vil sette større fokus på dette problemet og forhåpentlig bedre integrering og samordning av total helsetilbudet for syke eldre.

Merknad 2: Sentralt i nåværende lov er plikt til å gi regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud, nødvendig forebygging og behandling samt drive opplysningsvirksomhet for å fremme tannhelsen hos den enkelte pasient og allmenheten. Departementet konstaterer at det har vært store utfordringer for fylkeskommunen å sikre at alle i hjemmesykepleien mottar tilbud om vederlagsfri undersøkelse og tannbehandling. I følge departementet er det kun ca. 30 % av brukere med rettigheter etter loven som har tatt imot tilbudet. Mye tyder på at en stor andel ikke har blitt kjent med tilbudet eller ikke har forstått hva tilbudet gjelder. Vi håper at det å få munn- og tannhelse inn i helse- og omsorgsloven, kan bedre samhandling med de andre profesjonsgruppene og sikre at *alle eldre med rettigheter etter loven* får tilbud om munn- og tannhelsetjenester. For at dette virkelig skal bli bedre, bør dette problemet på en eller annen måte presiseres i loven eller i forskrifter.

Det er også viktig at den som mottar tilbud om munn- og tannhelsetjenester etter loven, virkelig har et reelt tilbud og ikke bare et tilbud på papiret. I dag ender sårbare eldre på ventelister, og de fleste er helt avhengig av at andre sørger for at man får bestilt time og kommer til behandling. Dagens tilbud er meget mangelfullt, og vi er bekymret for hvordan små kommuner kan bedre denne situasjonen.

Helsefremmende og forebyggende arbeid

Fylkeskommunen skal i dag gi et regelmessig og oppsøkende tilbud og samtidig drive helsefremmende og forebyggende arbeid når det gjelder munn- og tannhelse. Dette har eldre i hjemmesykepleien hatt liten glede av. Skal man oppfylle loven, må man sørge for 1) at alle mottar og forstår tilbudet og 2) gi tilbudet et reelt innhold.

Pensjonistorganisasjonene foreslår følgende tiltak:

Brukerne må undersøkes i munnhulen av tannhelsepersonell innen kort tid etter at de har fått hjemmesykepleie med tilhørende rettigheter. Kun på denne måten kan sykdom i tenner og munn avdekkes. Vi foreslår at munn og tannforhold kartlegges av tannlege eller tannpleier i samband med helhetsvurderinger som gjøres når det gjelder brukerens generelle helse. At tannhelsepersonell er en del av dette teamet i kommunen, bør stadfestes. Videre bør alle med rett til hjemmesykepleie få profesjonell rengjøring av munn og tenner med individrettet profylakse minst en gang pr. år, samt informasjon om tilgjengelige hjelpemidler for å opprettholde en frisk og sunn munn på tross av sykdom. En frisk munn har stor betydning for matinntak, generell helse og livskvalitet.

Pensjonistforbundet er sterkt bekymret for at kommunene vil ha problemer med å opprettholde selv dagens nivå vedrørende munn og tannhelsetjenester og sikre god tilgjengelighet til sine tjenester. Store avstander til tannklinikk vil føre til at sårbare eldre ikke vil makte reiseveien selv om de får et tilbudt om tannbehandling. Departementet må derfor gjennom lovendringer og forskrifter sikre at munn- og tannhelsetjenester til skrøpelige eldre ikke bare opprettholdes på dagens nivå, men virkelig gir dem reelle muligheter til å opprettholde en frisk og sunn munn livet ut.

Ad forslag om lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten:

Vi ser av høringsnotatet at departementet som følge av Stortingets behandling av primærhelsetjenestemeldingen nå foreslår å lovfeste at både *tannleger* og *tannpleiere* skal være en del av kjernekompetansen enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse og omsorgstjenester i henhold til loven. Både tannleger og tannpleiere er viktige i det helsefremmende og forebyggende arbeid når det gjelder munnhelse. Vi håper at denne foreslåtte lovfesting muliggjør et tettere og bedre samarbeid med de andre helseprofesjonene i kommunen. Slik det er i

dag, blir ofte munn- og tannhelse uteglemt i samhandlingen om eldres generelle helse, ernæring og livskvalitet. Departementet må derfor påse at dette kommer inn i loven fra 1. januar 2020, slik som foreslått.

Kapitel 6 Tydeliggjøring av kontaktlegeordningen for alle helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesten.

Pensjonistforbundet støtter forslaget om alle helseinstitusjoner som yter spesialisthelsetjenester, både offentlige og private, har plikt til å oppnevne kontaktlege. Dette er en opplagt forbedring sett fra pasientenes side. Dette vil også gjelde for private institusjoner som har avtale med spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at kontaktlegen sørger for pasienten blir ivaretatt uavhengig av hvor pasienten blir behandlet i spesialisthelsetjenesten.

Kapitel 7 Tydeliggjøring av kommunens plikter når det gjelder psykososial beredskap og oppfølging.

Dette er også en forbedring sett fra pasientenes side. Den bør følges opp med et aktivt tilsyn.

Konklusjon

Forslagene i oppfølgingen av primærhelsetjenestemeldingen, må sees i sammenheng med behandlingen av kommunereformen. Den grunnleggende kompetansen i kommunene må styrkes, spesielt i de små kommunene. Pensjonistforbundet støtter i hovedsak departementet forslag om å overføre ansvaret for tannhelse-tjenesten fra fylkeskommunen til kommunen. Vi foreslår at begrepet munn- og tannhelse brukes i lovteksten. Dette vil sette større fokus på at munn- og tannhelse er en del av det totale helsetilbudet til sårbare eldre.

Med vennlig hilsen
Pensjonistforbundet



Jan Davidsen
Forbundsleder



Anne Hanshus
seniorrådgiver