



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP
0030 Oslo

Deres referanse:

Vår referanse:
16/211-1

Vår dato:
28.09.2016

Høringssvar til høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), om oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

Fra UHRs fagstrategiske enheter for helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger oversendes med dette to høringssvar på Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) utsendte *Høringsnotat om oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.*, med svarfrist 1.10.2016.

Del 1: En generell høringsuttalelse fra Nasjonal fagstrategisk enhet for helse- og sosialfagutdanning (NFE-HS).

Del 2: Mer profesjonsspesifikke høringsuttalelser fra åtte av de nasjonale profesjonsrådene for utdanning og forskning på det helse- og sosialfaglige utdanningsområdet.

Disse to høringsuttalelsene følger som vedlegg til dette brevet.

Vennlig hilsen

Dekan Arnfinn Sundsfjord

Trine Grønn

Leder av Nasjonal fagstrategisk enhet for
helse- og sosialfagutdanning (NFE-HS)

seniorrådgiver

Dette dokumentet er godkjent elektronisk ved UHR

Vedlegg: To høringsuttalelser

1. Høringsuttalelse fra Nasjonal fagstrategisk enhet for helse- og sosialfagutdanning (NFE-HS)

Som strategisk fellesorgan for UHRs helse- og sosialfagutdanninger, vil NFE-HS avgrense seg til å ta opp et viktig fellestema for alle profesjonsutdanningene. Det gjelder et to-sidig forhold som NFE-HS mener ikke er tydeliggjort eller tillagt nok vekt i høringsnotatet fra HOD:

- På den ene siden: UH-sektorens og profesjonsutdanningenes ansvar for kvalitet i utdanningene og relevant sluttkompetanse hos alle kandidater som skal ut i arbeid i helse- og velferdstjenestene. Her er behovet stort og økende for bedre rammebetingelser for god kvalitet i all veiledet praksis i pasient- og klientnære situasjoner, gitt overføringen av ansvar og oppgaver til kommunal sektor.
- På den andre siden: Kommunenes forutsetninger for å kunne samspille mer og bedre med UH-sektoren om utdanning og praksisstudier og om forskning og innovasjon, for å sikre en mest mulig effektiv utvikling og implementering av ny kunnskap og kompetanse.

Fordi kommunene ikke har et lovfestet *sørge for*-ansvar for forskning og utdanning, og heller ikke den finansieringen som må følge et slikt ansvar, utnyttes ikke kommunal sektor som læringsarena i det omfang det er behov for. Derfor er risikoen reell for at UH-sektoren utdanner helse- og sosialfaglig personell med manglende forståelse og kompetanse for utfordringer og oppgaveløsning i kommunal sektor. Dette kan få store konsekvenser for kvaliteten i og rekrutteringen til førstelinjetjenestene, og da også for pasient- og klientsikkerheten.

Handlingsplanen for *HelseOmsorg21-strategien* oppsummerer utfordringen og handlingsmulighetene på en god måte (s.19-20):

Kvalitet og omstillingsevne i helse- og omsorgstjenestene avhenger av medarbeidernes kompetanse og samspillet mellom utdanning, praksis og forskning. Dagens utdanninger er ikke dimensjonert etter behovene. Det er manglende helhet og sammenheng i studietilbudene, for få studieplasser og svak tverrprofesjonell kompetanse og veilednings- kapasitet (...)

Pågående reformer legger opp til økt bruk av primærhelsetjenesten som praksisarena i helsefaglige utdanninger, og både primær- og spesialisthelsetjenesten må ha rammebetingelser for å kunne ivareta utdanningsoppgavene.

I høringsnotatet er samarbeid om utdanning og praksisstudier så vidt nevnt, og da kun i forbindelse med konsekvenser av lovforslagene for profesjons- og spesialistutdanning for tannleger. NFE-HS mener det er en vesentlig svakhet ved forslagene til oppfølging av de to meldingene, at det ikke legges mer vekt på behovet for et bedre samspill mellom forskningsbasert utdanning og kunnskapsbasert praksis på bred front.

Konklusjon: NFE-HS støtter hovedinnrettingen i begge meldingene til grunn for de foreslåtte tiltakene, men mener det mangler konkrete forslag til tiltak som sikrer to helt avgjørende betingelser for å lykkes med å nå målene for reformarbeidet:

1) Lovfesting av utdanningsoppgaven i kommunal sektor:

Det trengs lovfestet sidestilling av kommunal sektor og spesialisthelsetjenesten som praksisarena for alle typer og nivåer av helse- og sosialfaglige profesjons- og yrkesutdanninger med innslag av obligatorisk, veiledet praksis.

2) Finansiering av utdannings- og forskningsoppgaven i kommunal sektor:

Det trengs tverrdepartemental enighet om

- a. en modell for forutsigbar finansiering av et slikt lovfestet utdannings- og veiledningsoppdrag til kommunene, særlig knyttet til kvalitetssikring av praksisstudier,
- b. økt tilgang på forskningsmidler direkte til kommunene, slik at det kan forskes mer og bedre på kommunal praksis generelt, helse- og velferdstjenestene i kommunen spesielt – og herunder kommunen også som en viktig læringsarena.

2. Høringsuttalelser fra syv nasjonale profesjonsråd for utdanning og forskning innen helse- og sosialfag: *

1. Nasjonalt profesjonsråd for utdanning og forskning innen farmasi
2. Nasjonalt profesjonsråd for utdanning og forskning innen ernæringsfag
3. Nasjonalt profesjonsråd for utdanning og forskning innen fysioterapi
4. Nasjonalt profesjonsråd for utdanning og forskning innen optometri og audiologi
5. Nasjonalt profesjonsråd for utdanning og forskning innen vernepleie
6. Nasjonalt profesjonsråd for utdanning og forskning innen sosialt arbeid og velferdsfag
7. Nasjonalt profesjonsråd for utdanning og forskning innen barnevern

Det ligger i disse profesjonsrådenes mandat at de på selvstendig grunnlag skal kunne drøfte og uttale seg om saker av strategisk fag- og profesjonsspesifikk interesse.

* Vi gjør oppmerksom på at ikke alle profesjonsrådene har hatt tid til å behandle høringssaken i ordinære møter. Da er uttalelsene basert på at leder i hvert av profesjonsrådene har hentet inn og satt sammen synspunkter fra medlemmene i sitt råd.

Under følger høringsuttalelsene fra de nasjonale profesjonsrådene, i rekkefølge som vist over.

---000---

1. Nasjonalt profesjonsråd for utdanning og forskning innen farmasi uttaler:

Helse og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag om en rekke endringer i helse- og omsorgstjenestelovgivningen. Endringsforslagene er en del av departementets oppfølging av forslag i *Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, som ble fremlagt 7. mai 2015.

I høringsnotatet fra HOD er det påpekt at ikke alle yrkesgrupper omtales, og at listen ikke er altomfattende. Dette reagerer profesjonsrådet i farmasi på. Kommunene tildeles en rekke nye oppgaver og får et større ansvarsområde. Enkelte oppgaver som ikke særskilt omtales kan stå i fare for å nedprioriteres da det er mye som trenger høy prioritering. Dette kan bli et problem for de enkelte kommunene.

Til punkt 3.2:

Profesjonsrådet i farmasi savner en omtale av den farmasøytiske kompetansen brukt i kommunene, og farmasøyter er ikke nevnt i meldingen i det hele tatt. Dette finner vi svært uheldig da Meld. St. 28 (2014-2015) Legemiddelmeldingen- «Riktig bruk-bedre helse» særskilt omtaler den farmasøytiske kompetanse som svært viktig i oppfølging av den enkelte legemiddelbruker ikke minst i kommunehelsetjenesten.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/>

Farmasøyter har spisskompetanse på legemidler og legemiddelbruk. Legemidler er en av de viktigste innsatsfaktorene ved behandling av pasienter, og i den kommunale sektor er behandling og oppfølging av spesielt eldre en svært sentral oppgave. Eldre bruker som gruppe mange legemidler (polyfarmasi), de har et sammensatt sykdomsbilde, forholder seg ofte til flere leger og det kan være vanskelig å forestå legemiddelbehandlingen av den

enkelte pasient. Det er en svært kjent problemstilling fra hjemmetjenesten og fra norske sykehjem i dag at eldre sykehjemsbeboere ofte får kombinasjoner av legemidler som kan være svært uheldige. Polyfarmasi er vanskelig å håndtere. Det er dessverre utstrakt bruk av uheldige legemidler og legemiddelkombinasjoner, som for den enkelte pasient kan gi store problemer og føre til atferdsendringer og begrensninger i hverdagen. Noen legemidler og legemiddelkombinasjoner kan være direkte farlige for eldre og bør helst unngås. Se f.eks START-STOPP listene:

<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Erfaringer+fra+praksis+-+riktig+legemiddelbruk+i+hjemmetjenesten/start-og-stopp-verkt%C3%B8yet-er-oppdatert-hva-er-nytt>

Farmasøytisk kompetanse bør benyttes i kommunene i mye større grad enn det gjøres i dag, og det er et behov for sterkere virkemidler for å sikre at rekrutteringstempoet går opp, og at kommunale farmasøyttilbud blir tilgjengelige over hele landet. Dette underbygges av utsagn i *Meld St nr 13 (2011-2012) Utdanning for velferd – samspill i praksis*, hvor det står følgende

“Farmasøytisk kompetanse etterspørres på stadig nye områder i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Her er det viktig å få den inn som en naturlig del av det tverrprofesjonelle samarbeidet. For eksempel har Helsetilsynet ført tilsyn med legemiddelbehandlingen i sykehjem og mener det er grunn til uro over situasjonen på grunn av mangel på personell og fagkompetanse” (s 85, punkt 9.7.4).

For samfunnet er det utfordrende og kostnadskrevende at så mange som 50 % av alle pasienter bruker legemidlene sine feil. Faren for feil øker jo flere legemidler som brukes, eldre pasienter er den gruppen som bruker flest legemidler, og befolkningen blir stadig eldre.

Det er egen høring om «*Forskrift om legemiddelgjennomgang i sykehjem*» som hadde frist den 20. september, der det foreslås at særlig eldre legemiddelbrukere som bruker flere legemidler samtidig skal få tilbud om en årlig legemiddelgjennomgang på sykehjemmet, eventuelt hyppigere. I Helsedirektoratets nasjonale veileder for Legemiddelgjennomganger (IS-1998) står det: «Legen er ansvarlig for den endelige beslutning om den videre behandlingen for pasienten. I tverrfaglige team anbefales det at ulike helsepersonellgrupper bidrar, slik som farmasøyt/farmakolog, sykepleier eller annet relevant helsepersonell med legemiddelkompetanse».

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-legemiddelgjennomganger>

Nasjonalt profesjonsråd for farmasi mener at farmasøyter bør ha en plass i det tverrfaglige teamet rundt sykehjemspasienten, og de bør ha en oppfølgende og rådgivende rolle ved legemiddelgjennomganger som utføres der.

Det fokuseres i større grad på *tverrprofesjonell samarbeidslæring* (TPS) ved utdanningsinstitusjonene. Nasjonal og internasjonal forskning har vist at når farmasøyter deltar i tverrfaglige team sammen med leger og sykepleiere, mener de at farmasøytenes deltakelse fremmer "patient outcome by improving drug-therapy decision-making", i tillegg til å sikre en kontinuitet av behandlingen og pasientsikkerheten. (Makowsky et al 2009) Dette viser at leger også setter pris på farmasøyters faglige bidrag som en beslutningsstøtte (jf Bell et al 2007). Erfaring med tverrfaglige legemiddelgjennomganger i læringsnettverk i blant annet Nord Trøndelag viser i likhet med en rekke rapporter fra landet for øvrig, at tverrfaglig samarbeid er viktig og fører til økt faglig bevissthet og forbedret

legemiddelbehandling. Forskning viser at leger ofte fortsetter en behandling uten å gjøre løpende vurdering av legemiddelbehandlingen. (Bell et al 2015)

Farmasøytens spisskompetanse er innen riktig legemiddelbruk. Farmasøyter har også kunnskap og kompetanse om hvilke legemiddelformer som egner seg best hver enkelt pasient. De har videre kompetanse i å samhandle med annet helsepersonell, og de vet hvordan de kan og bør kommunisere med pasientene. Farmasøyter har kunnskap om kvalitetssikring og de har erfaring i å avdekke feil og mangler ved legemiddelbehandling.

Nasjonalt profesjonsråd for farmasi mener at det bør være flere farmasøyter i kommunene som har som oppgave å følge opp legemiddelbrukere. Det er mange oppgaver å ta tak i, både for eldre, men også for barn og unge. I dag er det svært varierende hvorvidt og om man anvender farmasøytisk kompetanse i kommunene. For å sikre alle innbyggerne like rettigheter når det kommer til helse og legemiddelbruk mener vi at det bør være tilgang på farmasøytisk kompetanse i alle kommuner. Da legemiddelbehandling til eldre er en stor utfordring som stadig eskalerer med påfølgende økte kostnader for samfunnet, mener profesjonsrådet at det bør fokuseres på denne pasientgruppen spesielt.

Sykehjemsleger er tilknyttet de ulike sykehjemmene i ulik prosentvis stilling. For å følge opp intensjonene i legemiddelmeldingen mener vi at det bør være en farmasøyt tilknyttet hvert sykehjem i tilnærmet lik stillingsprosent som sykehjemslegen. På den måten kan man få til et systematisk tverrfaglig arbeid som kan bidra til å heve kvaliteten på legemiddelbehandlingen til eldre.

I høringen er det foreslått at kommunene skal ha et medvirkningsansvar for å bidra til utdanning av helsepersonell, dette støttes av profesjonsrådet. Spesialisthelsetjenesten har allerede et tydelig opplæringsansvar forankret i Spesialisthelsetjenestelovens § 3-5 Om deltakelse i undervisning og opplæring. Fokus på opplæringsansvar for kommunene er i tråd med Regjeringens handlingsplan i forbindelse med Helse og Omsorg²¹.

Ad punkt 3.5 I høringsnotatet fremgår følgende:

”I primærhelsetjenestemeldingen understrekes det at god sykdomsmestring forutsetter at pasienter og pårørende har tilstrekkelig kunnskap og praktiske ferdigheter til å endre livsstil i tråd med egne mål, vurdere forandringer i sykdomstilstanden og gjennomføre egen behandling.”

Fra et farmasøytisk synspunkt gjelder dette også i høyeste grad bruk av legemidler. Legemidler er den mest brukte behandlingsformen i helsevesenet. Erfaring viser at opptil 50 prosent av alle legemidler brukes feilaktig og at mange sykehusinnleggelser kunne vært unngått hvis legemidlene hadde vært brukt riktig. Vi foreslår at *kommunens ansvar for pasient-, bruker- og pårørende-opplæring innen legemiddelbruk tydeliggjøres*.

En praktisk utfordring er *tilgang til journalopplysninger*. Alle studenter som har praksis enten i kommune- eller i spesialisthelsetjenesten bør få tilgang til de samme journalopplysningene. Dette vil bidra til å sikre riktig behandling. Det er problematisk i dag at ikke alle studenter får innblikk i pasientenes journaler. Man mister muligheten til å forstå hverandres rolle og kompetanse i det tverrfaglige arbeidet. Studenter trenger relevant praksis, og profesjonsrådet i farmasi mener at alle helsefaglige studenter i praksis bør være del av behandlingsteamet og være underlagt de samme bestemmelsene. Ved at alle studenter har samme tilgang kan alle i større grad å være aktivt deltakende rundt den enkelte legemiddelbruker.

Vi håper at HOD vil ta våre kommentarer til følge og tar med behovet for farmasøytisk medvirkning i kommunehelsetjenestene, nå som en større endring er på vei.

2. Nasjonalt profesjonsråd for utdanning og forskning innen ernæringsfag uttaler:

Det er positivt at regjeringen påpeker den viktige kompetansen kliniske ernæringsfysiologer vil utgjøre i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (side 17 i høringsnotatet). Det medfører riktighet at disse vil være sentrale for å oppnå målene om å redusere blant annet forekomst av ikke-smittsomme sykdommer, underernæring og andre ernæringsrelaterte sykdommer og plager, og at de videre vil være viktige bidragsyttere i tverrfaglige team innen pasient- og pårørendeopplæring og som ressurs for annet helsepersonell (se også side 43 i notatet).

På denne bakgrunn foreslår Profesjonsrådet for ernæring et mer nyansert forslag enn å avvise at kliniske ernæringsfysiologer blir med på lista over de profesjoner som representerer den kjernekompetansen som det forventes at enhver kommune skal ha (side 19 i høringsnotatet):

- Flere kommuner kunne gå sammen om å knytte til seg denne kompetansen, eller kommuner over en viss størrelse kunne ha lovfestet at denne helsepersonellgruppen blir inkludert i minimumskompetansen. Samtidig kan kommunene (interkommunalt og/eller kommuner over en viss størrelse) planlegge en opptrappingsplan for kommunale stillinger for kliniske ernæringsfysiologer.
- Utdanningskapasiteten er økt ved de medisinske fakultetene både i Oslo og Bergen siden 2013. Dertil kommer at det helsevitenskapelige fakultet ved UiT – Norges arktiske universitet har startet bachelor i klinisk ernæring høsten 2016 og planlegger å ta opp studenter til master i klinisk ernæring fra 2019, mens medisinsk fakultet ved NTNU har startet planleggingen av en 5-årig integrert master i klinisk ernæring for 25 studenter fra 2020 (med forbehold om godkjenning i 2019). Dette betyr at det i relativt nær framtid vil uteksamineres kliniske ernæringsfysiologer utdannet i både Nord-Norge (fra 2021) og Midt-Norge (fra 2025).
- Profesjonsrådet for utdanning og forskning innen ernæringsfag anser det som naturlig at lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten tar høyde for den eksisterende og planlagte økning av utdanningskapasiteten for kliniske ernæringsfysiologer, som i løpet av få år vil dekke hele landet.

Vi viser også til erfaringer fra Sverige, der stimuleringsmidler fra regjeringen førte til at det ble ansatt dietister med fagansvar for ernæring og eldre i en rekke svenske kommuner (Helsedirektoratet: Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten. Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet 2009-2012. Rapport IS 2032). Vi utfordrer den norske regjeringen til å sette i gang liknende tiltak.

3. Nasjonalt profesjonsråd for utdanning og forskning innen fysioterapi uttaler:

Da det ikke har vært møte i profesjonsrådet i perioden fra mottatt dokument til frist for respons, er det følgende i all hovedsak leders kommentarer, med innspill fra fagfeller. Kommentarene er spesielt knyttet til *kap 3 Oppfølging av Fremtidens primærhelsetjeneste*, og *kap 8.1 om økonomiske konsekvenser*.

Generelt fremstår dokumentet som et godt og gjennomarbeidet dokument. Mange tidligere innspill er tatt til følge. Vi verdsetter at sentrale myndigheter vil lovfeste utvalgte helsefaglige profesjoner, deriblant fysioterapeuter, som vi mener er nødvendige for å ha en god primærhelsetjeneste. Det er da viktig at det blir jobbet godt i fortsettelsen med å sikre at kommunene også har tilstrekkelig *sosialfaglig og pedagogisk kompetanse*: Primærhelsetjenesten jobber i hovedsak med behov som er sammensatte, og krever fagkunnskap og samarbeid på tvers av tradisjonelle sektorer. I tillegg til de faggruppene som nevnes i pkt 3.2.4.6 ønsker vi å føye til *logoped*.

Noen mer spesifikke innspill:

- At psykologer og ergoterapeuter er føyd til denne listen er i tråd med befolkningens behov, slik vi vurderer det, og svært gledelig. Men vi savner et punkt som går på *dimensjonering*. Spesielt sett i relasjon til kommunesammenslåing kan dimensjoneringen av tjenestene settes på prøve. For fysioterapeuter i primærhelsetjenesten er ergoterapeutene en spesielt viktig samarbeidspart. Det savnes en tydeliggjøring av de *økonomiske forutsetningene* for finansiering av ergoterapitjenestene.
- Det er også nødvendig å jobbe videre med virkemidler som gjør det enklere å samarbeide *på tvers av tjenesteområdene i kommunal sektor*, underlagt ulike departement.
- Det savnes føringer om *primærhelsetjenestens ansvar for-/rolle ved forskning*. Som profesjonsutdanninger, vet vi at både hvilken kunnskap man trenger og hvordan den anvendes, er kontekstavhengig. Vi ønsker derfor en utvikling i retning av et sidestilt ansvar mellom spesialist- og primærhelsetjenesten når det gjelder ansvar for forskning.
- Det savnes presisering av at *opplærings-/studentveiledningskravet* blir like tydelig i primærhelsetjenesten som i spesialisthelsetjenesten, og at de økonomiske konsekvensene tydeliggjøres.
- Utdanningene deler det syn at spesialist – og primærhelsetjenesten har likeverdig, men forskjellig kunnskap, og støtter fullt ut at *ansvaret for veiledning* nå blir gjensidig. Som utdanninger, må vi da diskutere om studentene lærer nok om veiledning av kollegaer med egen og annen fagbakgrunn.
- Vi deler oppfatningen av at primærhelsetjenesten bør ha *et større ansvar for bruker- og pårørende opplæring*. Som utdanninger, jobber vi allerede med å operasjonalisere faglig hva det innebærer at bruker og pårørende skal medvirke. Vi vil intensivere disse diskusjonene.

4. Nasjonalt profesjonsråd for utdanning og forskning innen optometri og audiologi uttaler:

Det er positivt at det settes krav til type kompetanse som skal finnes innen kommunehelsetjenesten. Imidlertid savnes fokus på sansetap helt. Gradvis tap av hørsel og/eller syn er vanlig hos eldre, og det etterlyses kompetansekrav innen disse områdene i form av opplæring av helsepersonell og formalisert samarbeid med optikere og audiografer. Større kommuner bør vurdere å ansette optiker/audiograf. Tap av hørsel og/eller syn medfører større risiko for fall og bruddskader, større risiko for isolasjon og depresjon, større risiko for tidligere institusjonalisering. Kommunehelsetjenesten bør derfor som et minimum samarbeide tettere med yrkesgrupper utenfor de foreslåtte yrkesgruppene i høringen. Godt syn og hørsel er med på å sikre en aktiv alderdom. Syn og hørsel hos personer på sykehjem blir ikke fulgt opp tilfredsstillende i dag og mange eldre har en sterkt redusert livskvalitet på grunn av sansetap.

Synshemming og blindhet er et økende helseproblem i Norge. I SSB sin Levekårsundersøkelse om helseforhold 2015 oppgir 8 % at de har nedsatt syn selv med bruk av brille [1]. Det vil si 420 000 nordmenn. I alderen 45–66 år økte det fra 6 % i 2008 til 10 % i 2015. I alderen 67 år og eldre økte det fra 9 % i 2008 til 10 % i 2015. Årsaksbildet er sammensatt internasjonalt og i Norge, men en felles viktig grunn til et voksende synsproblem er at andelen eldre mennesker i samfunnet øker.

Nedsatt syn er en av de vanligste årsakene til funksjonshemming i Norge. Svekket syn medfører en betydelig økonomisk belastning både for personen det gjelder og samfunnet [2]. Redusert syn blant voksne og eldre har vist seg å resultere i sosial isolering, psykiske problemer og økt risiko for fall med resulterende hoftebrudd, depresjon, familiestress, og økt tendens til uførhet og tidlig død [3]. Verdens helseorganisasjon anslår i sin pågående 2014-2019 kampanje for bedre global øyehelse at det i 2010 var 285 millioner mennesker i verden med grader av synshemming. På vegne av verdenssamfunnet tar de tak i utfordringen samtidig som de anslår at 80% kan forebygges og kureres [4]. Den vanligste årsaken til synshemming er manglende eller feil briller. Denne kategorien utgjør 50% og er enkelt å gjøre noe med [5].

Helse- og omsorgskomiteen sier i sin innstilling fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet at de

"... merker seg at tap av hørsel og syn ikke prioriteres. Hørselstap er en av de mest vanlige permanente funksjonsnedsettelsene i den vestlige verden. Hørselsutredning er et viktig forebyggende grep og bør tilbys alle eldre. Forskning viser at eldre med hørselstap har større risiko for å utvikle demens. Kommunene bør ha hørselskontakt med bred kompetanse, og det bør vurderes om audiograf-tjenesten skal gis utvidede rettigheter, med refusjonsrett for medisinsk avklarte pasienter. Det bør etableres systematisk oppfølging av syn og øyehelse. En pågående studie i Buskerud viser at mer enn 40 pst. av elever i videregående skole har synsfeil som enkelt kan korrigeres med brille/kontaktlinser, men bare halvparten har fått det. Syn og øyehelse bør bli en del av primærhelsetilbudet. Bruk av optikere kan øke tilgjengeligheten og avlaste spesialisthelsetjenesten." [6]

Kommunene har det formelle rehabiliteringsansvaret for hørselshemmede i Norge. Rapporten "Kartlegging av hørselskontaktordningen" som Synovate Research utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet i 2010 avdekket en stor variasjon i tjenestetilbudet mellom de 428 norske kommunene, og at tilbudet samlet sett er lite tilfredsstillende. Jorunn Solheim peker i sin doktorgradsavhandling fra 2011 [7] på at bruken av tilpassede høreapparater blant eldre er signifikant knyttet til graden av oppfølging brukeren gis. I de senere år har det innen audiologien vært en økende bevissthet omkring høreapparatbruk

og demens. Franske forskere publiserte høsten 2015 en longitudinell studie som har fulgt mer enn 3000 eldre over 25 år [8]. Studien viser en klar sammenheng mellom hørselstap og demens. Samtidig peker den på at studiens eldre hørselshemmede som bruker høreapparat ikke opplever kognitiv svikt i større grad enn jevnaldrende uten hørselsproblemer.

Referanser:

- [1] SSB, Seksjon for helsestatistikk. Helseforhold, levekårsundersøkelsen. Tilgang 10.september, 2016, <https://www.ssb.no/helse/statistikker/helseforhold/hvert-3-aar/2016-06-20>
- [2] Köberlein,J., et al., The economic burden of visual impariment and blindness: a systematic review. British Medical Journal Open, 2013; 3:e003471.
- [3] International Federation on Ageing – Global Connections, The evidence on ageing and the loss of sight, IFA report. Tilgang 10.september, 2016, <http://www.ifa-fiv.org/vision-ageing-2/>
- [4] WHO, Universal eye health: a global action plan 2014-2019, 2013 http://www.who.int/blindness/AP2014_19_English.pdf?ua=1
- [5] Bourne, Rupert RA, et.al.... , Causes of vision loss worldwide, 1990-2010: a systematic analysis, 2013
- [6] Innstilling 40 S (2015-2016) fra helse- og omsorgskomiteen om fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, 2015, side 20. Tilgang 22 September, 2016 <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2015-2016/inns-201516-040/>
- [7] Hearing loss in the elderly : Consequences of hearing loss and considerations for audiological rehabilitation. UiO, Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Institutt for spesialpedagogikk. Tilgang 22. september, 2016, <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-30621>
- [8] Amieva et al: Self-Reported Hearing Loss, Hearing Aids, and Cognitive Decline in Elderly Adults: A 25-Year Study. J Am Geriatr Soc 63:2099–2104, 2015. "

5. Nasjonalt profesjonsråd for utdanning og forskning innen vernepleie uttaler:

Lovfesting av enkelte profesjoner:

Meld. St. 26 (2014-15) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet ønsker at pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten, og de kommunale helse- og omsorgstjenestene sees som grunnmuren for å sikre nærhet og helhetlige tjenester. Dette forstås som at brukernes behov skal være avgjørende for organiseringen av tjenestetilbudet samtidig som utfordringsbildet tilsier flere brukere med komplekse behov. Dette vil stille større og andre krav til kompetanse, også innen hjemmetjenestene (s.14). I denne sammenhengen påpekes det at «Det er ikke lenger tilstrekkelig med hjemmesykepleie for mange av brukerne. De har behov for mer legetjenester, mer fysioterapi og ofte også annen helse- og sosialfaglig kompetanse i tillegg til sykepleie» (s.14). Til tross for anerkjennelsen av behovet for en tverrfaglig sammensatt kompetanse i kommunene foreslås det lovfesting av enkelte profesjoner. Dette finner profesjonsrådet for vernepleie noe merkelig hvis det er slik at det er brukernes behov som skal være avgjørende for kompetansebehovet. Å låse seg til, og gjøre et skille mellom lovfestede og ikke lovfestede profesjoner, heller enn å tenke riktig kompetanse til riktig bruker synes derfor å stride mot de overordnende intensjonene i meldingen.

Rehabilitering og habilitering

Meldinga har et hovedfokus på rehabilitering, og det oppleves som at det i for stor grad er fokus på den fysiske og somatiske delen av rehabiliteringsarbeidet. Feltet habilitering/rehabilitering omfatter også arbeid knyttet til brukers psykiske helse, sosiale liv og særlig viktig er det med faglig innsats overfor personer med kognitive og sammensatte vansker. Kognitive vansker er en tilstand som karakteriserer gruppen personer med psykisk utviklingshemming. Mindre erkjent er de vanskene som er knyttet til forbigående eller permanente kognitive vansker som personer med psykiske lidelser, rusproblemer eller somatiske sykdommer (som cancer, hjertestans etc.) erfarer. Rehabilitering knyttet til disse gruppene er ikke kun av fysisk / somatisk art men vil måtte rette seg mot alle livsdimensjoner.

Ulike brukergruppers rettsikkerhet og særlig rettsikkerheten til personer med utviklingshemming har vært diskutert i lengre tid. Det er behov for tiltak som kan styrke rettsikkerheten i de kommunale tjenestene til denne brukergruppen. Personer med utviklingshemming har ofte et større og mer varig behov for helse- og omsorgstjenester enn folk flest. Et mangfold av tjenester og systemer skal sørge for at utviklingshemmede får tilgang til nødvendige helsetjenester, og får nødvendig bistand, assistanse og omsorg i hverdagen. Velferdsteknologi vil komme inn som en svært viktig faglig og praktisk løsning på en del av utfordringene i primærhelsetjenestene, men ensidigheten knyttet til å la ergoterapien håndtere dette særskilt vil kunne medføre at mulighetene i velferdsteknologi ikke blir utnyttet til fulle.

Vernepleieren er den eneste profesjonen som har både en sosialfaglig og helsefaglig sammensetning i fagkretsen med en tilhørende helseautorisasjon som gjør at vernepleieren kan ha medisinsk ansvar og utføre en rekke helse- og sosialfaglige tjenester og prosedyrer. Denne kombinasjonen samt spesifikk kompetanse på sammensatte vansker der ofte kognitive vansker utgjør en av dem, gjør at vernepleiere er viktige bidragsytere i de framtidige primærhelsetjenestene.

6. Nasjonalt profesjonsråd for utdanning og forskning innen sosialt arbeid og velferdsfag uttaler:

Hovedpoeng: Profesjonsrådet for sosialt arbeid og velferdsfag er sterkt bekymra for at den sosialfaglige kompetansen i kommunal sektor nedprioriteres når ansettelse av en rekke helseprofesjoner lovfestes. Profesjonsrådet for sosialt arbeid og velferdsfag mener det er viktig å gi et helhetlig tilbud til mennesker med sammensatte og komplekse problemer/behov, og da er sosialfaglig kompetanse viktig og nødvendig også i primærhelsetjenesten.

Begrunnelser og utdypinger:

Når det skal lovfestes at en rekke helseprofesjoner skal være ansatt i kommunehelsetjenesten, er det en fare for at andre profesjoner, og da i særlig grad sosialarbeiderprofesjonene, nedprioriteres. Det er allerede godt dokumentert at det sosiale forsvinner ut av vokabularet til fordel for omsorg, folkehelse, helsefremmende arbeid m.m.

Mange mennesker som møter kommunehelsetjenesten har sammensatte problemer som inkluderer sosiale problemer, de har behov for møter med og koordinering av ulike tjenester. Utsatte grupper har behov for mer enn omsorg og pleie. Inkludering og trivsel forutsetter også nabolagsarbeid og aktiviteter i nærmiljøet. Folkehelseperspektivet er et av kompetanseområdene for sosialfaget, jf rapport fra Dialogforum 2014:24 (UHR).

I **St.meld. 13, Utdanning for velferd**, finnes det mange gode formuleringer som understreker betydningen av tverrprofesjonelt samarbeid i møte med komplekse og sammensatte helse- og sosialfaglige problemer. Ett eksempel er denne formuleringen:

«Det er en klar sammenheng mellom helseproblemer og økonomiske og sosiale problemer. Langtidsmottakere av dagpenger og sosialhjelp har langt større helseproblemer enn befolkningen for øvrig. Bostedsløse sliter i mange tilfeller med psykiske problemer og rus. Undersøkelser av innsatte i norske fengsler viser at 30 % har vært barnevernsklienter, 60 % ikke har fullført videregående opplæring og omtrent like mange har rusproblemer. Ca. halvparten har også kroniske sykdommer. Mennesker med helseproblemer eller sosiale problemer trenger altså ofte hjelp på mer enn ett område samtidig. Mange opplever at tjenester og instanser snakker dårlig sammen. Resultatet kan bli forsinkelser, misforståelser og dermed dårligere behandling, eller i verste fall at de ikke får den hjelpen de skal ha. Det at problemene i mange tilfeller henger sammen, betyr samtidig at det er mye å vinne på tidlig innsats, forebyggende og helsefremmende arbeid og god sammenheng i tjenestetilbudet» (hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/?ch=1&q=>)

Profesjonelle med sosialfaglig utdanning har bedre forutsetninger for å bidra til å løse sosiale problemer i samfunnet enn det de rene helseprofesjonene har. Det burde derfor være en selvfølge at kommunene og deres helse- og omsorgstjeneste også består av sosionomer. I tillegg vil vi påpeke at de sosialfaglige profesjonsutdanningene er «pålagt» å ta inn TPS som en del av utdanningsløpet, noe som bidrar til å tilføre kommunene en kompetanse i helhetlig og tverrfaglig tilnærming til de nevnte helse- og sosiale problemene – både på individ og (lokal)samfunnsnivå.

Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator fra 2015, har følgende formulering hva gjelder krav til fagkompetanse for å sikre faglig forsvarlige habiliterings- og rehabiliteringstjenester i kommunene:

«Sentrale profesjoner er ergoterapeuter, fysioterapeuter, leger, psykologer, sosionomer, sykepleiere og vernepleiere. I tillegg er det behov for kompetanse fra logoped og audio- og synspedagog. Kompetanse innen ernæring kan også være sentralt for mange brukergrupper. (...) I noen grad bør kommunene ha personell med videreutdanning utover grunnutdanning på høyskole- og universitetsnivå, eksempelvis blant ergoterapeuter, fysioterapeuter, psykologer, sosionomer, sykepleiere og vernepleiere. Noen bør ha etterutdanning relatert til brukergrupper innen barn, unge, rus og psykisk helse» (hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=habiliterings-og-rehabiliteringsfaglig-kompetanse-8138>)

Poenget her er å fram det faktum at en profesjon som anses som nødvendig i en sammenheng (altså habilitering og rehabilitering), ikke er nevnt i en annen sammenheng (primærhelse- og omsorgstjenester): Det meste av habiliterings-/rehabiliteringstjenestene i kommunene foregå nettopp innenfor rammene av helse- og omsorgstjenestene.

7. Nasjonalt profesjonsråd for utdanning og forskning innen barnevern uttaler:

Det sosialfaglige perspektivet kommer generelt svakt fram i den tverrfaglige sammensetningen i kommunene. Innenfor den tverrprofesjonelle tenkningen i kommunene bør det være tverrfaglig kompetanse hvor barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere er representert.

Vi vil særlig trekke fram området **Vold og seksuelle overgrep**, hvor det i høringsnotatet står:

«Overgrepsutsatte som oppsøker helse- og omsorgstjenestene er avhengige av å møte personell som er oppmerksomme, kompetente, trygge og handlingsdyktige. Et ansvar for å *legge til rette for at tjenestene blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep ved ytelse av helse- og omsorgstjenester* må derfor blant annet omfatte å legge til rette for:

- At helsepersonellet som skal yte tjenestene har grunnleggende kunnskap og kompetanse om vold og seksuelle overgrep, herunder om hvordan det kan avdekkes og følges opp. Dette omfatter blant annet å kartlegge kompetansebehov og rekruttere personell med nødvendig kompetanse. Det omfatter videre å legge til rette for at personellet får tilstrekkelig opplæring og etterutdanning.

Barnevernspedagoger er en yrkesgruppe som har spesifikk kompetanse i arbeid knyttet til dette området. De er særlig kompetente på den kommunale barneverntjeneste sitt arbeidsområde. De kan blant annet bidra til at samarbeidet med barnevernet kan styrkes slik at saker av alvorlig karakter blir meldt slik de skal.

Vi vil ellers henvise til rapporten: «Kvalitet i praksisstudiene i helse -og sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet». (UHR 2016). I denne rapporten kommer det tverrfaglige perspektivet særlig fram som et viktig læringsområde for helse- og sosialarbeidere. I helse- og omsorgstjenestene må det derfor tilrettelegges for at mange yrkesgrupper er representert og at det blir godt tilrettelagt for tverrprofesjonell læring for studenter i praksis.