

Helse- og omsorgsdepartementet

Oslo, 29. september 2016

P104/heek

**Høringsuttalelse – Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og
Oppgavemeldingen med videre.**

Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU) viser til høringsbrev og notat hvor Helse- og omsorgsdepartementet ber om tilbakemeldinger innen 1. oktober 2016.

De nevnte meldingene har vært til behandling i Stortinget. Høringen gjelder forslag til iverksetting og NFU ønsker å knytte kommentarer til fire av HODs forslag. Dette gjelder:

1. lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
2. lovfesting av den kommunal helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten.
3. Krav til ledelse i den kommunal helse- og omsorgstjenesten.
4. Overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen.

Innledning.

Regjeringen ønsker det de beskriver som robuste kommuner. I forhold til de sektorene som NFU er opptatt av er ikke nødvendigvis en robust kommune det samme som en kommune som yter gode og forsvarlige tjenester for mennesker med utviklingshemning. NFU ser av de tilsyn som fylkesmennene gjennomfører på helse- og omsorgssektoren og opplæringssektoren at de små kommunene kommer vel så godt ut av tilsynet som de store kommunene. Stortinget har besluttet at blant annet tannhelsetjenesten skal over i kommunen og NFU forholder seg til det og ønsker å bidra slik at tjenesten videreføres på en god måte.

1. Lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse og omsorgstjenesten notatets, pkt 3.2.

Helse- og sosialfaglige profesjoners kompetanse er avgjørende for å sikre faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester. NFU mener at hvis Stortinget skal vedta en liste over kjernekompetanse kommunen må ha så må også sosionomers og vernepleieres kompetanse lovfestes. Dette er en kompetanse som er helt avgjørende for at mennesker med utviklingshemning skal kunne leve sine liv med en best mulig kvalitet.

NFU ser ikke at den listen som er satt opp over lovfestet kjernekompetanse som kommunen skal ha, nødvendigvis vil gi det ønskede resultat. For å sikre tverrfaglighet, og faglig forsvarlighet trenger kommunene et bredt sammensatt personell. En lovfesting, som det er foreslått i høringsnotatet kan virke mot sin hensikt, fordi noen grupper faller utenfor. Dette kan føre til at de lovfestede profesjonene blir prioriterte ved nyansettelser i kommunene. Hvis det blir vedtatt en slik liste må det sørges for at de sosialfaglige profesjonene inkluderes.

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. Helse- og omsorgstjenestene i kommunene er helt nødvendige for å sikre nærhet og helhet i tjenestetilbudet. Den enkeltes behov skal være avgjørende for organiseringen av tjenestetilbudet, samtidig som utfordringsbildet tilsier flere mennesker med komplekse og langvarige behov for tjenester. Dette vil stadig stille større og nye krav til kompetanse, også i hjemmetjenestene. Høringsnotatet vektlegger 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».

Behovet for tverrfaglig sammensatt kompetanse i kommunene trekkes frem, men til tross for det blir lovfesting foreslått bare for noen helsepersonellgrupper.

NFU meget bekymret for det vi ser som en økende bruk av et snevrere helsebegrep enn det som er intensjonen. I stadig flere sammenhenger er det begrepet helsetjenester som benyttes. Det sosialfaglige perspektivet i tjenestene forsvinner ved denne benevnelsen. Det er viktig å ha med seg at store deler av tidligere lov om sosiale tjenester nå er hjemlet i lov om helse- og omsorgstjenester. NFU mener derfor det er feil å bruke et slikt begrep, som avgrenser tjenestene til «rene» helsetjenester. NFU får tilbakemeldinger om at kommuner som er presset på økonomi prioriterer

lovbestemte krav til drift og bemanning, og ikke lovpålagte tjenester. Dette gjelder også personell med annen kompetanse enn det som er hjemlet i lov.

Lovfesting av kjernekompetanse er med på å rangere ulike profesjoner. Helsefaglige profesjoner settes opp mot sosialfaglige profesjoner på en måte som kan være svært uheldig. Hvis sosialfaglig kompetanse og profesjoner blir nedprioritert vil det blir vanskelig for kommunene å nå målene i meldingen om bredde i kompetansen. En bredde som må være tilstede for å kunne møte brukere med behov for omfattende og sammensatte tjenester. Dette igjen vil lett kunne medføre redusert kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kommunene trenger helse- og sosialfaglig kompetanse.

I regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020, heter det at «[f]or å sikre bærekraftige og gode tjenester, er det behov for faglig omstilling og en heving av det faglige nivået i helse- og omsorgstjenesten, blant annet ved å øke andelen personell med helse- og sosialfagligutdanning, skape større faglig bredde, med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglig samarbeid». Dette betyr at kommunene blant annet skal satse på – og øke andelen med en sosialfaglig bakgrunn.

Når Rettighetsutvalgets NOU foreligger vil det være naturlig at man også tar en vurdering på hvordan kommunenes vernepleier kompetanse bør og kan styrkes. Kommunene må ha tilstrekkelig og kompetent personell som vil og kan sikre at den enkeltes rett etter loven og konvensjoner blir ivaretatt.

2. Lovfesting av den kommunal helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten, pkt 3.3.

Det er ofte et problem at spesialisttjenestens personell ikke er vant med eller har kompetanse om mennesker med utviklingshemning og i det å kommunisere med dem. Vi mener også det er viktig at man ikke bare har fokus på helse. Vi mener derfor at den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt må omfatte også dette. Vi foreslår derfor at § 5-11 får følgende utforming:

Helse- og omsorgspersonell som yter tjenester omfattet av loven her, skal gi spesialisthelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige og andre forhold som er påkrevet for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

3. Krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, pkt 3.4.

I høringsnotatet konkluderes det med at regjeringen vil utrede videre hvordan kommunens politiske ledelse skal pålegges å engasjere seg i kvaliteten på de tjenester som kommunen er forpliktet til å tilby etter helse- og omsorgstjenesteloven. NFU vil understreke at en del av det politiske ansvaret må være å forsikre seg om at den praktiske utformingen av omsorgstjenestene og andre tjenester oppfyller folks rett til å velge bosted, og hvor og med hvem de skal bo, på lik linje med andre og ikke må bo i en bestemt boform. Dette for at personer med behov for helse- og omsorgstjenester skal tvinges til å bo i spesielle kommunale boliger.

4. Overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen, pkt 5.

Mennesker med utviklingshemning vil mange ganger ha behov for koordinering av tjenester fra helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten. Utfordringen kan i dag blant annet være at disse tjenestene er organisert på ulike nivå der organisatoriske barrierer spiller en viktig rolle mot samarbeid. Det er kjent fra forskning at splittet ledelse og organisering kan være til hinder for god samhandling. At kommunen får ansvaret for å samordne kommunale og private tannhelsetjenester håper vi kan være gunstig, blant annet for å etablere bedre samhandling i overføring fra offentlig til privat sektor (barn til voksen).

NFU er ikke positiv til kommunesammenslåing og når dette ser ut til å også være innstillingen til mange kommuner ser vi problemer ved en ansvarsoverføring. Når mange kommuner ikke ønsker sammenslåing ser vi store utfordringene knyttet til om man klarer denne oppgaveoverføringen. Det vil antagelig medføre utstrakt interkommunalt samarbeid og effekten av en slik sammenslåing vil da stå i fare for å forsvinne helt. Vi er også bekymret for finansieringen av tjenesten i kommuner med presset økonomi.

Under pkt 5.9.5 drøftes gruppen mennesker med utviklingshemning. NFU stiller seg undrende til at departementet skriver at formuleringen «i og utenfor institusjon» i realiteten ikke har betydning. Det er en selvfølge at dette ikke har noen betydning når man vet at ansvarsreformen la ned alle institusjonene for snart 25 år siden. Vi forutsetter at ordlyden i tannhelseloven henger igjen fra før ansvarsreformen. Slik departementet uttrykker seg fremstår det for oss som om man ikke er klar over at mennesker med utviklingshemning, på lik linje med andre mennesker, ikke bor på institusjoner.

Vi reagerer også på at man skriver at «I tråd med HVPU-reformen bor mange personer med psykisk utviklingshemning i dag i egen bolig eller i kommunal bolig» For det første, det var ingen reform av HVPU, det var en total nedleggelse. Den riktige benevnelsen er Ansvarsreformen. Videre bor ikke «mange» i egne eller kommunale boliger. Enten bor de i foreldrehjemmet eller i egne boliger. Det er deres egen bolig også når de leier av kommunen. NFU mener språket vi bruker er viktig for at man skal oppnå det ansvarsreformen ønsket, normalisering og inkludering.

I avsnittet hvor departementet foreslår å erstatte formuleringen «psykisk utviklingshemmede» med «personer med psykisk utviklingshemning» forstår vi ikke hva departementet mener. Det er mer og mer vanlig å bruke betegnelsen «mennesker med utviklingshemning». Men slik vi leser departementets forslag så må personen, i tillegg til å ha en utviklingshemning, også ha en psykisk plage. Men departementet henviser selv til at «utviklingshemning forekomme både med og uten andre psykiske eller somatiske lidelser» Hva er det departementet egentlig sier? Slik tannhelseloven står i dag og blir praktisert, omfatter dette mennesker med utviklingshemning, men den gamle benevnelsen brukes, altså psykisk utviklingshemmet. Hvis departementet legger til grunn at personen både må ha en utviklingshemning og en psykisk lidelse vil veldig mange mennesker med utviklingshemning falle ut av regelen. Vi stiller spørsmål ved om dette er tilsiktet. Slik

vi forstod dette notatet skulle det kun ta for seg organisatoriske og lovmessige endringer. Ikke frata enkelte grupper deres rettighet.

Pkt 5.19.2 gjelder vederlag for tannhelsetjenester. Slik regelverket er i dag har mennesker med utviklingshemning rett til vederlagsfri tannhelsetjeneste gjennom hele sitt voksne liv. Dette er regulert i loven. Departementet ønsker å flytte reglene om vederlag til forskrift. Dette for å harmonisere regelverket i tråd med helse- og omsorgstjenesten. I utgangspunktet følger NFU departementet i denne tankegangen, men mener at argumentene for å beholde det i lovs form er sterke. Som departementet viser til ble det i Innst. O. nr. 86 (1982-1983) sagt at:

"Helt siden offentlig tannpleie ble innført, har prinsippet om systematisk fri behandling av barn vært en hjørnestein i norsk tannhelsepolitikk. Flertallet er derfor av den oppfatning at barn og ungdom fra 0-18 år bør ha fri tannbehandling. Flertallet er også av den oppfatning at de psykisk utviklingshemmede og bestemte grupper av eldre, uføre og langtidspasienter må sikres fri tannbehandling».

NFU mener at dette fortsatt vil være viktig og riktig. At man ønsker å regulere vederlagsbestemmelsene i forskrift må ikke nødvendigvis føre til problemer, men ved regulering i lov gir det en økt styrke i reglene. NFU har bred erfaring i forhold til kommunens kompetanse på lover og regler. Det er meget sjeldent man finner ansatte i kommunene som ikke har oversikt over hvilke lover som finnes, men det er ikke sjeldent vi opplever at de ikke har oversikt over alle forskrifter som gjelder på feltet. Dette innebærer at den enkelte selv må ha oversikt over og vite om alle regler og muligheter som finnes. Vi mener dette innebærer en svekkelse av en rettighet som personer med utviklingshemning har pr i dag.

At mennesker med utviklingshemning sikres gratis tannpleie mener vi er helt nødvendig. Det må ikke finnes barrierer som kan medføre at de velger å ikke gå til tannlegen. NFU er kjent med at mange som får vedtak om tvang og makt på grunn av selvskading og utagering gjør dette på grunn av plager med tennene.

Mennesker med utviklingshemning er stort sett den eneste gruppen i vårt samfunn hvor 100% må leve av uføretrygd hele voksenlivet. Uansett vilje, er det dessverre ikke mulig å komme inn på det ordinære arbeidsmarkedet. Dette innebærer et marginalisert økonomisk liv.

Blir departementets forslag om regulering i forskrift gjennomført vil NFU komme tilbake med ytterligere kommentarer.

Pkt 5.19.3 pasienttransport til og fra den kommunale tannhelsetjenesten mener departementet at kommunen skal ha ansvaret for. Dette skal de gjøre ved kommunale forskrifter. Dette vil nødvendigvis innebære store kommunale forskjeller. Det vil si forskjellsbehandling i forhold til hvilken kommune du bor i. Slik NFU leser forslaget legges det ikke frem noen kriterier som kommunen må legge til grunn ved utarbeidelsen av forskriften. Slik det er i dag er det de regionale helseforetakene som har ansvaret for pasienttransport ved kommunale helse- og omsorgstjenester. I følge departementets notat vil det eventuelt komme en overføring av dette ansvaret til kommunen. Men dette er ikke bestemt. Skal man følge departementets argumentasjon om at tannhelsen skal følge helse- og omsorgstjenesten så bør man

gjøre det i forhold til transport også. Det er uten tvil rom for en større forskjellsbehandling når 427 kommuner skal lage forskriften enn når dette blir gjort av 4 helseforetak. Dette ansvaret bør derfor ligge hos helseforetakene, slik det gjør for helse- og omsorgstjenestene.

Pkt 5.19.5 Det er foreslått at kommunen skal overta ansvaret for de regionale odontologiske kompetansesentrene, dette er NFU ikke enig i. Vi mener disse bør forankres på et regionalt nivå, mest hensiktsmessig under regionale helseforetak. Mange mennesker med utviklingshemning trenger tjenester fra disse senterne og de kan ha store og sammensatte behov, og NFU mener det vil styrke den helhetlige tenkningen rundt munnhelse om man etablerer dette i spesialisthelsetjenesten. Dette vil bidra til god samhandling både mot primærhelsetjenesten og til sykehusodontologien, der de sykeste pasientene kan trenge deler av behandlingsløpet.

Med vennlig hilsen


Hedvig Ekberg

assisterende generalsekretær/juridisk rådgiver