

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep.  
0030 OSLO

Deres referanse

Vår referanse  
17/00178-112

Vår dato  
14.03.2018

## Notat til innspillsmøte i Blankholmutvalget 18.04.18

*Fellesorganisasjonen (FO) er fagforening og profesjonsforbundet for 28.000 barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. En stor del av våre medlemmer arbeider innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester.*

Vi er glade for at Blankholmutvalget går bredt ut og ber om innspill fra pasient-, bruker- og profesjonsorganisasjoner. Våre medlemmer jobber i tjenester som møter mennesker med behov for både akutt og langvarig hjelp og i tjenester som kjemper om de samme ressursene.

Utvalget har bedt om at man belyser:

- hvilke prioriteringsutfordringer den gruppen dere representerer står i
- hvorvidt dere mener dagens prioriteringskriterier, nytte, ressurs og alvorlighet, er relevante i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og/eller offentlig finansiert tannhelsetjeneste

Nesten halvparten av FOs medlemmer arbeider i kommunesektoren og de fleste av dem i kommunale helse- og omsorgstjenester. Ser vi bare til våre sosionomer og vernepleiermedlemmer jobber de i hovedsak innenfor hjemmebaserte tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne, hverdagsrehabilitering, NAV, boligsosialt arbeid, oppsøkende tjenester, og tverrfaglige rus- og psykiske helse- og sosialtjenester. Dette er tjenester hjemlet i helse- og omsorgstjenestelovens § 3.2, 5. og 6. ledd<sup>1</sup>.

Nåværende helse- og omsorgstjenestelov rommer store deler av tidligere lov om sosiale tjenester og loven pålegger kommunen å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar gjelder selvfølgelig alle innbyggerne, det omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblemer, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Loven pålegger kommunen å utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og

FO

Besøksadresse:  
Mariboestgt. 13  
0183 Oslo

Postadresse:  
Pb. 4693 Sofienberg  
0506 Oslo

Telefon:  
02380

Telefaks:  
94 76 20 18

e-post:  
kontor@fo.no

www.fo.no

Bankgiro:  
9001.06.35674

Bankgiro kontigent:  
9001.08.71394

Foretaksnr.:  
870 953 852 MVA

<sup>1</sup> <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§3-2>

koordinerte tjenester etter loven. Loven inneholder regler om vilkår og saksbehandling ved behov for bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning. Videre inneholder loven regler om vilkår og saksbehandling for tvangsmessig innleggelse og tilbakeholdelse i institusjon av rusmiddelavhengige personer som utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare.

Dette er kjerneområder for profesjonene FO organiserer. Sosialt arbeid bygger på fagkunnskap om individ og samfunn, samt en konkret forståelse av pasientens eller brukerens opplevelse av egen situasjon. Sosialarbeidernes kompetanse med å kartlegge ressurser og behov for å hjelpe mennesker med å finne løsninger som kan forbedre livskvaliteten, er en kompetanse som er avgjørende for å kunne gi kommunenes innbyggere et forsvarlig godt tilbud.

Vernepleiere er den profesjonsutdanningen som har mennesker med psykisk utviklingshemning som sentral målgruppe. Vernepleierne har generell ferdypning om mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker. Vernepleierne har særlig kompetanse på habilitering og rehabilitering, kognitive funksjonsnedsettelse og utviklingshemning, velferdsteknologi, alternativ og supplerende kommunikasjon.

Hverdagsrehabilitering er et viktig satsningsområde, og arbeid med å forebygge, tidlig innsats og styrking av habilitering og rehabiliteringsfeltet trekkes frem som satsningsområder for kommunene. Dette er etablerte og godt kjente metoder for sosionomer og vernepleiere der en viktig målsetning er å yte hjelp til selvhjelp og mestring av dagliglivets gjøremål. Vernepleiere og sosionomer har viktig kompetanse for å bygge tjenester der tidlig innsats, aktiv omsorg og mestring står sentralt.

### **Dagens prioriteringskriterier**

FO har synspunkter og innspill til dagens prioriteringskriterier, nytte, ressurs og alvorlighet, og kriterienes relevans i kommunale helse- og omsorgstjeneste samt offentlig finansiert tannhelsetjeneste. Vi mener det er positivt med diskusjon om prioritering og rettferdig fordeling av helsetjenester og er opptatt av debatt rundt viktige tema og prioriteringer i helsetjenestene. Likevel er FO skeptisk til innføring av disse kriteriene i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Offentlige prioriteringer betyr å sette noen foran andre, altså å gi noen forrang. I helsevesenet betyr det både å gi bestemte grupper eller pasienter forrang fremfor andre når det gjelder diagnostikk, behandling, rehabilitering, pleie eller forebyggende tiltak, og ved vurdering om nye tiltak skal innføres eller ikke. Det er alltid problematisk og vil føre til ulikheter.

FO er innforstått med at dette er helt nødvendig, men legger da til grunn at vi finner kriterier som ikke diskriminerer på bakgrunn av kjønn, etnisitet, seksuell orientering eller funksjonsnedsettelse. FO er i utgangspunktet skeptiske til kost /nytte-vurderinger og alder /livskvalitets-forståelser, og denne skepsisen gjelder i enda sterkere grad for kommunehelsetjenesten.

Kommunehelsetjenesten har i langt større grad enn spesialisthelsetjenesten oppgaver som går langt utover en medisinsk forståelse av helse, både innenfor forebygging og behandling. Kommunens ansvar i helse- og omsorgstjenesteloven er regulert som et overordnet «sørge for-ansvar» og handler i stor grad om forebyggende tiltak og menneskers mulighet til å leve sine liv på en verdig og god måte.

### **Kommunehelsetjenesten**

Primærhelsetjenstemeldingen (Meld. St. 26 (2015 – 2016)) gir uttrykk for at tverrfaglig kompetanse, inkludert helse- og sosialfaglig kompetanse, er viktig. Flere pasient- og brukergrupper har behov for både behandling og god omsorg. Dette gjelder blant annet personer med rusproblemer, personer med psykisk sykdom og personer med utviklingshemning. Loven pålegger kommunen å utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven. Fokus på forebyggende tiltak og tidlig intervensjon skal styrkes for å best mulig utstrekning unngå økte tjenestebehov og eller mer uhelse og belastning for alle.

Kommunene har også et særlig stort ansvar overfor lovverk knyttet til regler om vilkår og saksbehandling ved behov for bruk av tvang og makt i tjenestene til personer med utviklingshemning<sup>2</sup>. Loven inneholder også regler om vilkår og saksbehandling for tvangsmessig innleggelse og tilbakeholdelse i institusjon av rusmiddelavhengige personer som utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare.

Store deler av tidligere lov om sosiale tjenester er nå hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven. Helse- og omsorgstjenesteloven rommer derfor mye mer enn typiske somatiske helsetjenester. Loven pålegger kommunen å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper. Dette er mennesker som allerede i dag mottar dårligere og mindre likeverdige tjenester enn øvrig befolkning, og FO frykter at dette blir forsterket gjennom nåværende kriterier; nytte, ressurs og alvorlighet.

Rettferdighet er et vanskelig ord. Særlig når det gjelder rettferdig fordeling av goder som helsetjenester, er rettferdighet vanskelig å definere. Derfor mener FO en debatt basert på kunnskapsgrunnlag er bra. Da er begrepene *helsegevinst* og *helsetap* definert av det offentlige og personen selv lite egnet til å operasjonaliseres behovsvurdering i kommunale helse- og omsorgstjenester. Særlig er FO bekymret for at personer med store og sammensatte behov vil få sine gjenlevende gode leveår beregnet til færre enn andre uten slike diagnoser. Ingen kan gjøre seg til dommer overfor andres livskvalitet.

For å kunne møte kravene som ligger til helse- og omsorgstjenestene er det viktig å ha en bred forståelse av helse<sup>3</sup>. Ulike tiltak og behandlingstilbud som

<sup>2</sup> [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL\\_9#%C2%A79-1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_9#%C2%A79-1)

<sup>3</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

gis i dag, er svært somatisk rettet. FO mener psykososiale forhold hos den enkelte må vektlegges i større grad.

Sosialfaglige perspektiver og tiltak må i større grad må vektlegges for å møte brukerens behov, bidra til gode levekår og sikre et godt helse- og omsorgstilbud.

Det er behov for kontinuerlig prioritering i helsevesenet. FO vil understreke at det er den faglige spisskompetansen hos helse- og sosialfaglig ansatte i samråd med pasienten selv, som må være utgangspunkt for å vurdere om en behandling skal gis eller ikke. Økonomiske indikatorer og tellekanter for levekår vil svært raskt kunne medføre urettferdige og alvorlige konsekvenser. FO er svært bekymret for at forslagene kan føre til et klassesdelt helsesystem der de som har penger kan kjøpe behandlinger, og der andre ikke får mulighet til behandling.

Hovedpunkter:

- FO mener ressurs og alvorlighet er kriterier som er dårlig egnet til å bidra til en mer rettferdig fordeling av helse- og sosialtjenester.
- FO mener konkrete prioriteringer alltid må tas av profesjonsutøvere i samråd med brukerne selv, ikke alene på bakgrunn av nasjonale føringer for alder og livskvalitet.
- FO er skeptisk til å benytte kvalitetsjusterte leveår (Quality) som måleenhet for helsegevinster som grunnlag for kost/nytte-vurderinger.
- FO er svært bekymret over at særlig rusavhengige, personer med psykiske lidelser utviklingshemning, komme dårligere ut enn andre når «gjenværende gode leveår» skal regnes ut. Dette opprettholder og forsterker klasseskille i helsetjenestene i Norge.

Med vennlig hilsen

Sign.  
Mimmi Kvisvik  
Forbundsleder

Sign.  
Gry Reinsnos  
Rådgiver