

## Berre Ingebjørg

---

**Fra:** Marianne.Wallestad@fobsv.no  
**Sendt:** 23. juni 2006 13:44  
**Til:** Postmottak HOD  
**Kopi:** karin.enderud@fobsv.no  
**Emne:** Høringssvar fra FO - Nasjonal helseplan (2007 -2010)



MW6QZG2C.doc  
(158 kB)

Her oversendes Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO) sitt høringssvar med våre innspill til status og utfordring knyttet til høringsnotatet om Nasjonal helseplna (2007 -2010) . Notate sendes også pr post.

Vennlig hilsen  
Marianne Wallestad  
Fagkonsulent  
Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger,  
sosionomer og vernepleiere  
Tlf: 23 06 11 74  
Mobil: 959 90 368  
e-post: marianne.wallestad@fobsv.no

Helse- og omsorgsdepartementet  
Administrasjonsavd.  
Postboks 8011 Dep.  
0030 OSLO

*Deres ref.:*

*Vår ref.: 2003/00049 MW*

*Dato: 23.06.2006*

## **HØRINGSSVAR FRA FO VEDRØRENDE HØRINGSNOTAT OM NASJONAL HELSEPLAN (2007 -2010)**

FO finner mange gode incitamentene i høringsnotatet og er langt på vei enige i beskrivelsene av utfordringene. Vi finner allikevel en del områder hvor det er behov for å utdype og være tydeligere på både utfordringer og særlig med hensyn til strategier. Det er gitt kort tid til å avgi høringssvar, og dette er noe av bakgrunnen for at vi ikke kommenterer alle områder i notatet. Vi vil knytte våre innspill til utfordringer vi ser for noen spesielle grupper og kompetanse behovet i helsetjenesten.

En generell utfordring når det gjelder helsefeltet er mangelen på sosialfaglige perspektiver og metoder i helsetjenestene. FO mener at et større innslag av barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere i helsefeltet vil kunne styrke tjenestene til å møte de nye utfordringene i helsetjenesten.

Barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere har ulike tyngdepunkter i sin utdanning, men alle har kunnskaper om vanlige livsproblemer og har fokus på hvordan miljømessige faktorer kan bedres. Systematisk miljøarbeid og en ikke-medisinsk tilnærming er en del av vår spesielle kompetanse. Et utgangspunkt for arbeidet er å legge til rette for at den enkelte bruker får tatt i bruk sine ressurser og størst mulig grad av selvbestemmelse hos den enkelte bruker. Sosialt arbeid tar utgangspunkt i å se personene i den situasjonen vedkommende er i. Dette handler om å bidra til problemløsning i forhold mellom mennesker for å forbedre deres velferd og å bidra til at mennesker samhandler med sine miljøer

Barnevernpedagoger har høy kompetanse knyttet til utsatte barn og deres familier. Fokus på ressurser og utviklingsbetingelser hos den enkelte og i omgivelsene står sentralt i arbeidet. Sammen med barna og familiene arbeider de for å finne konkrete og alternative måter å forholde seg til problemskapende forhold på. Barnevernpedagogen kan vurdere barnets totalsituasjon i betydningen barnets individuelle forutsetninger, foresattes omsorgskompetanse, hverdagslivet i hjemmet og hvordan samfunnsforholdene og ytre omstendigheter påvirker barnet og familien.

Sosionomer har kunnskap om ulike sosiale problemer; hvordan de framtrer og kan forstås. Videre besitter de kunnskap om det offentlige og private hjelpeapparat, ulike institusjonelle ordninger av sosial, helsemessig, kulturell og organisatorisk art. Sosionomer har fokus på å motivere andre og arbeider slik at brukerne mobiliserer sine ressurser. Sosionomer yter

personlig bistand til klienter i form av råd og veiledning, hjelpetiltak og tildeling av materielle goder. Har bred kjennskap til hjelpeapparatet og forvaltningen og sosiallovgivningen. Sosionomer har kompetanse i saksbehandling. Sosionomer jobber både opp mot individ gruppe og samfunn.

Vernepleierne har helsefagkompetanse og sosialfaglig kompetanse. Vernepleierens oppmerksomhet er rettet både mot rammefaktorer i miljøet og individuelle forutsetninger. Det er like viktig å påvirke og endre de ytre faktorer som virker funksjonshemmende som å øke brukerens egenkompetanse. Vernepleierens faglige tilnærming er miljøarbeid. Miljøarbeid defineres som en systematisk tilrettelegging av fysiske, psykiske og sosiale faktorer i miljøet for å oppnå personlig vekst og utvikling. Vernepleiere har kompetanse til å kunne kartlegge, beskrive og analysere forholdet mellom individ og omgivelse, planlegge og gjennomføre tiltak for å fremme utvikling og bidrag til god livskvalitet. Videre har vernepleierne kunnskap om metoder for endring av rammebetingelser og atferd. Vernepleieren kan administrere forordnede medikamenter i alle deler av helsetjenestene med unntak av somatiske sykehus og akuttavdelinger på psykiatriske sykehus. Vernepleieren har gjennom kunnskap om helsefaglige emner, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid en bred skoloring for å kunne utføre ulike omsorgs- og pleieoppgaver. Kompetansen omfatter også pleie under sykdom hvis brukeren har behov for dette. Vernepleieren kan identifisere og imøtekomme den enkeltes behov for omsorg, pleie og medisinsk-faglig oppfølging.

## **Del 2 Felles utfordringer i helsetjenesten**

FO er langt på vei enige i beskrivelsene av utfordringene. Vi finner allikevel en del områder hvor det er behov for å utdype og være tydeligere på både utfordringer og strategier. Dette er spesielt knyttet til utfordringene for noen grupper av tjenestemottakere og kompetanse behovet i helsetjenesten.

### **2. Utfordringer for folkehelsen – forebygging**

FO er enig i at folkehelsen er sterkt knyttet til sosiale og økonomiske forhold og speiler samfunnsutviklingen og oppvekst og levevilkår. FO mener at en helse- og sosialpolitikk basert på universelle ordninger med full offentlig finansiering, er det beste virkemiddelet for å sikre sosial utjamning, sosial inkludering og rettferdig fordeling. Det er etter vårt syn grunnleggende å arbeide for å motvirke utviklingen av en samfunnsstruktur som skaper økende forskjeller, fattigdom, sosiale ulikheter i helse, uverdige livsvilkår og sosial utstøting.

FO er enig i at dagens og framtidens helseutfordringer er knyttet til levevaner og til fysiske og sosiale miljøfaktorer. Med dette som utgangspunkt finner vi det bekymringsfullt at beskrivelsen av utfordringer i folkehelsen mangler beskrivelsen av en rekke utfordringer knyttet til ulike utsatte grupper som alle har sammensatt helse og levekårs problematikk.

God helse og gode levekår for alle krever et universelt fokus – dette betyr at man må etterstrebe og ha med utsatte grupper også i utviklingen av forbyggende tiltak. Vi ønsker å trekke frem noen grupper med sammensatte levekårsproblemer og forslag til tiltak knyttet til dette:

#### **Mennesker med psykisk utviklingshemning**

I rapporten Statlig reform og kommunal hverdag: Uviklingshemmedes levekår 10 år etter reformen ( NTNU, Tøssebro, Lundebj) ble utviklingshemmedes nettverk undersøkt. I rapporten heter det at ”nettverket framstår som både fattig og spesielt”. Videre oppsummeres det slik; ”...Kontakten med forelder og søsken er ganske lik resten av befolkningen, men ser

man på personligvenner, livsledsagere, egne barn eller sosiale relasjoner til naboer, er forskjellene av en helt annen dimensjon. Svært få har samboer, knapt noen har egne barn, rundt halvparten sies å ikke ha venner og få har en relasjon til noen naboer som går ut over å hilse når en passerer hverandre på gata. Samtidig har også mange utviklingshemmede elementer i sine nettverk som er mer uvanlig – medbeboere og personale.” ( s 140).

Høringsnotatet peker på at noe av utfordringen for folkehelsen er at befolkningen rammes av faktorer av negativ betydning som foreksempel oppløsning av sosiale bånd. For mennesker med psykisk utviklingshemming handler det ofte om at de ikke har fått anledning til å knytte sosiale bånd fordi de har få og ofte svært begrensede, arenaer hvor dette normalt skjer. Stram kommuneøkonomi fører til at det er få gode tilpassede fritidstilbud og lite tilgjengelig personale som kan bistå ved deltakelse i ferie og fritidsaktiviteter. Mange av oss møter våre venner på arbeidsplassen og i skolen, detter er arenaer som må gjøres mer tilgjengelig for mennesker med psykisk utviklingshemming. Manglede nettverk og aktivitet medfører en helserisiko for disse menneskene.

### **Fattige**

I en foreløpig rapport fra samarbeidsprosjekt ”Funksjonsevne blant langtidsmottaker av sosialhjelp” ved Høgskolen i Oslo (GIVog SU), er det gjort funn som viser at det står dårlig til med helsen i denne gruppen. Studiene viser at 29% av sosialhjelpsmottakere har dårlig generell helse. Det er 10 ganger så mange som i den øvrige befolkningen. Omtrent halvparten har så dårlig helse at det går utover evnene til å fungere i daglig livet. På visse områder har sosialhjelpsmottakere dårligere helse enn uførepensjonister. Av de over 30 år svarer 25% av sosialhjelpsmottakerne og 15% av uførepensjonistene at de har dårlig helse. Sosialhjelpsmottakerne har spesielt høy utbredelse av psykiske plager, hele 58%. Flere sosialhjelpsmottaker (46%) er plaget av smerte enn resten av befolkningen.

### **Bostedløse**

En kartlegging gjennomført av Byggforsk (”Bostedløse i Norge – en kartlegging”, prosjektrapport 403 – 2006, Hansen, Dyb, Østby. NIBIR), viser at det i 2005 var 5500 bostedløse i Norge, dette er 300 flere enn i 2003. Kartleggingen viser at to av fem bostedløse oppgis å være avhengig av rusmidler i 2005. Videre kommer det fram at det har vært en økende andel som har psykisk sykdom, fra 24% i 96 til 38% i 2005. Det er 15% som har en fysisk sykdom eller funksjonshemming. Personer med rus/psykiatriproblematikk utgjør en fjerdedel av alle. Det er kun 11% som ikke har verken rus eller psykisk sykdom.

Prosjektet ”kartlegging av tjenester til tidligere bostedløse” gjennomført av Fafo viser blant annet at det er størst utfordringer med å finne fram til god hjelp for rusmisbruker og at det er stort kompetansebehov blant tjenesteyterne. Det pekes også på at det er den individuelle oppfølgingen og støtten til de bostedløs som bør forbedres for å få til en bedre bosetning.

### **Innsatte**

Fafo rapporten ”Levekår blant innsatte ” fra 2004 viser blant annet at mange innsatte slite med dårlig helse. Halvparten har en eller flere kroniske sykdommer, og de er i langt høyere grad enn befolkningen ellers plaget med psykiske problemer. Seks av ti innsatte er rusmisbrukere. For majoriteten dreier dette seg om blandingsmisbruk. Kvinner er mer rusbelastet enn mennene. Jo tyngre misbruket er, desto større er følgeskader knyttet til dårlig helse, manglende familietilknytting og dårlig økonomi. Videre pekes det på at levekårs situasjonen er særlig vanskelig fordi den er preget av opphopning av levekårsproblemer, tre fjerdedeler har problemer på to eller flere levekårsområder. Opphopningen av levekårsproblemer henger

sammen med innsattes oppvekstforhold; jo flere oppvekstproblemer, desto vanskeligere levekår som voksne.

Vellykket reintegrering i samfunnet kan ikke sikres gjennom enkelttiltak men må ta utgangspunkt i en helhetlig forståelse av marginaliseringens omfang blant disse menneskene.

### **Barnevernsbarn**

I en rapport fra Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR) fra 2005 avdekkes særlige forhold knyttet til barnevernbarnas helse. I denne undersøkelsen ble barnevernbarns uførhet og dødelighet brukt som indikator. Resultatet viser at det er store forskjeller i helse mellom barnevernsbarn og den generelle barnebefolkningen under 18 år. I alt om lag 9 % av barnevernsbarna, mot 2,7 % av øvrig barnpopulasjon hadde grunn- og eller hjelpestønad for uførhet. Dødeligheten blant barnevernsbarna utgjorde så mye som 7,6 per 1.000 av den totale barnevernpopulasjonen, mot 0,17 per 1.000 i hele barnebefolkningen. Det betyr at dødeligheten blant barnevernbarn, som utgjør om lag 10 % har en 45 ganger høyere dødelighet enn barnepopulasjonen for øvrig. Ved dødsårsaker forklart ved selvmord, forgiftning i forbindelse med rusmiddelbruk og psykiske lidelser var barnevernsbarna klart overrepresentert, men også ved dødsfall som følge av kreft, sykdommer i nervesystemet og øvrige somatiske lidelser. Dette er tragiske og dramatiske tall og det viser hvor viktig det er å investere i forebyggende tiltak. Dette viser viktigheten av strukturer for tett samarbeid mellom barnverntjenesten, psykisk helsevern og øvrig helsetjenester. Videre viser NIBR-rapporten behovet for gode rammevilkår i barnvernet og satsning på ettervern.

### **Mennesker med rusproblemer**

Fylkesmennene gjennomførte i 2004 landsomfattende tilsyn med kommunale sosial- tjenester til rusmiddelmisbrukere. Gjennom tilsynet ble det undersøkt om hvordan rusmiddelmisbrukere gis opplysning, råd og veiledning, tildeles støttetiltak og midlertidig husvære med forsvarlig kvalitet, og at de blir fulgt opp under behandling gjennom samtaler og om nødvendig tiltak ved avslutningen av institusjonsopphold. Statens helsetilsyn peker på at manglene som ble avdekket var alvorlige. Det heter videre i rapporten (4/2005) at: "...Det kan ikke aksepteres at innretningen på tjenestene er slik at en gruppe med store og sammensatte behov ikke er sikret de tjenester de har krav på etter loven. Det er også alvorlig at tjenestene i noen tilfeller er inn- rettet slik at rusmiddelmisbrukeres rettssikkerhet er svekket når det gjelder muligheten til å klage på avslag, omfang eller innhold i tjenestene de mottar..."

I en firedel av kommunene fant fylkesmennene svikt når det gjelder rusmiddelmisbrukes tilgang på opplysninger, råd og veiledning. Aktuelle tjenester som praktisk bistand og opplæring, støttekontakt og plass i omsorgsinstitusjoner var i liten grad i bruk overfor rusmiddelmisbrukere. Tilsynet avdekket at dette i noen tilfeller også gjaldt rusmiddelmisbrukere med omfattende hjelpe- og omsorgsbehov. Det framkom videre eksempler på at innvilgede tjenester ikke ble iverksatt fordi det var vanskelig for eksempel å finne støttekontakter. Det kommer også frem at der er omfattende mangler knyttet til boligpolitikken på dette området. I omtrent en tredel av kommunene ble det funnet svikt i oppfølgingen av personer under behandling. En del kommuner var ikke i stand til å tilrettelegge forsvarlige tiltak ved avslutning av institusjonsopphold enten grunnet manglende oppfølging, manglende ressurser eller manglende sikringssystem.

Sosiale tjenester spille en avgjørende rolle for å mestre egen livssituasjon, redusere behandlingsbehov eller lykkes i behandlingsopplegg. For de rusmiddelmisbrukerne som ønsker behandling er det viktig at sosialtjenesten kan tilby sosiale tjenester som kan øke

effekten av behandlingstiltaket. Personer som langvarig er i institusjon vil kunne ha behov for mer omfattende hjelp med sikte på utflytting, fordi de ofte mangler bolig og sosialt nettverk.

**FO mener at det er noen grunnleggende ordninger som må være på plass i en velferdsstat som kan gi grunnlag for like muligheter for all også mennesker med de utfordringer vi har beskrevet ovenfor:**

- FO vil ha sterkere rettighetsfesting av økonomisk sosialhjelp og at skole, barnehage og skolefritidsordninger skal være gratis.
- FO vil gjenreise den sosiale boligbyggingen. Offentlige myndigheter må styre boligmarkedet ved å ta politisk kontroll over prisutviklingen, og sikre utsatte grupper bolig. Det må sikres individuelle oppfølgingen av personale med rett kompetanse.
- Ved planlegging og gjennomføring av forebyggende tiltak må det sikres rammer som gjøre gjennomføringen mulig.
- Lovfeste det forebyggende barne- og ungdomsarbeidet
- Sikre alkoholfrie soner for ungdom
- En plan for å styrke inkluderingen av mennesker med psykisk utviklingshemning i skolen
- Det må være rom for mennesker med psykisk utviklingshemning i vårt inkluderende arbeidsliv
- Fritidstilbud til mennesker med psykisk utviklingshemning må sikres og utvikles i kommunene.
- Sosialetjenester må styrkes i kommunene
- Offentlige lavterskeltilbud for sliten rusavhengige (varmestuer, overnatting, matservering)
- Styrke de kommunale helsetjenestetilbudet
- Dag/og døgn tilbud i kommunen.(aktiviteter, pleie og/eller omsorg)
- Fjerne kø til tilbudene i spesialist helsetjenesten
- Opprette behandlingsplasser (ruspoliklinikker og dagbehandling)
- Gratis skolemåltid
- Sikre strukturer som styrker samhandlingen mellom barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien

### **3. Strategi for kvalitet og prioriteringer**

FO mener at prioriteringsarbeidet må fange opp følgende behov for å innrette særskilte tiltak knyttet til disse problemstillinger og utfordringer:

Rusmisbruker har svært dårlig tannhelse, dette er dokumentert gjennom ulike rapporter. Det må sikres at de tiltak som er i verkssatt for å gi et skikkelig tannhelsetilbud til rusmisbruker må følges opp og vedlikeholdes. Det bør vurderes å lovfeste deres rett til tannhelsetilbud gjennom Lov om tannhelsetjenester, på samme måte som mennesker med psykisk utviklingshemning har denne lovfestede rettigheten.

Mennesker med psykisk utviklingshemmede har de samme behov for gode helsetjenester som befolkningen for øvrig. Utfordringen for svært mange av disse er å uttrykke sin behov og å gi uttrykk for sine symptomer. Dette kommunikasjonsbehovet må imøtekommes av hjelpeapparatet. Det er en utfordring for helsetjenesten å sikre at det er hjelpere også i disse situasjonene som kan bistå med og ”oversette ” for den utviklingshemmede.

## 5. Psykisk helse

FO er glade for at det nå legges frem et forslag om å utforme og etablere særskilt venteliste garantier for barn og unge og rusmisbrukere. Dette bør også vurderes når det gjelder mennesker med psykisk utviklingshemning.

Under punkt ”2. utfordringer for folkehelsen – forebygging”, berøres flere temaer som også er aktuelle knyttet til psykisk helse.

Det er en mangel i høringsnotatet at problematikken med psykisk utviklingshemmede og de spesielle utfordringen som er knyttet til deres psykiske helse ikke er med i status beskrivelse eller som en utfordring. I St.meld. nr 25 (1996-97) Åpenhet og helhet, ”Psykiatrimeldingen”, kommer det frem at ca 50% av utviklingshemmede har psykiske lidelser av ulik alvorlighetsgrad. Psykiske lidelser hos utviklingshemmede kan vise seg på svært ulike måter. Enkelte undersøkelser hevder at risikoen for at utviklingshemmede kan utvikle psykiske lidelser er mer enn tre ganger større enn i befolkningen som helhet (Jarle Eknes 2000).

FO er enig i at det særlig er i de kommunale helse- og sosialtjenestene at utfordringene og utviklingspotensialet er størst.

### **Vi mener at følgende tiltak og strategier vil kunne møte noen av utfordringene:**

- Vernepleiernes medisinfaglige kompetanse må også nyttegjøres innefor akuttpsykiatrien. Lovverket må tilpasses slik at denne kompetansen kan nyttegjøres fullt ut også innenfor dette feltet.
- Stillingshjemler for helsepersonell innenfor psykisk helse bør gjøres om til stillingshjemler for vernepleiere, barnevernpedagoger og sosionomer.
- Utarbeide god rutiner for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og sosialtjenester for disse pasientene.
- FO mener det bør fokuseres på å utvikle gode samarbeidsformer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og sosialtjenester. Alle bør få tilgang til en fast sosialfaglig kontaktperson med særskilt ansvar for at overføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og sosialtjenester går bra.
- Det må arbeides med å og utvikle nye og mer brukerorienterte/baserte arbeidsmetoder innenfor alle områder. I denne sammenheng er individuelle planer et godt utgangspunkt for å få til en styrking av dette arbeidet. FO mener at individuelle planer må være forpliktende for både bruker og for tjenesten.
- Det må opprettes flere stillinger for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleier innefor psykisk helse for å styrke det sosialfaglige perspektiver og metoder i tjenestene. Barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleier vil kunne bidra med systematisk miljøarbeid og en ikke-medisinsk tilnærming, bidra til å styrke selvbestemmelsen hos den enkelte bruker og å styrke fokus på at brukerne mobiliserer sine ressurser.

## 7. Forskning for bedre helse

FO er enig i beskrivelsene av behov og utfordringer knyttet til dette temaet. Vi ønsker å komme med følgende kommentarer:

I notat trekkes det frem at det er en bekymring for at det er en lavere andel doktorgrader i medisin, odontologi og psykologi i Norge enn andre nordiske land. Denne bekymringen bør også gjelde mangelen på doktorgrader i sosialfag.

Forsknings- og utviklingsarbeid må også knyttes til utvikling av det sosialfaglige arbeidet i rusfeltet, psykisk helsevern feltet, og spesialisttjenester til mennesker med psykisk utviklingshemning og eldre i en helt annen skala enn det vi ser i dag. FO etterlyser et spesielt fokus på forskning på det sosialfaglige arbeidet innenfor dette feltet.

Fagutvikling, forskning og utviklingsarbeid må sikres innenfor praksisfeltets daglige virksomhet. FO mener at det skal legges til rette for at flere forskningsprosjekter tar utgangspunkt i problemstillinger fra praksisfeltet og at forskningskompetansen innenfor fagfeltet heves. Brukergruppers særlige kunnskap må inkluderes i fagutvikling og forskning.

Det må igangsettes tverrfaglige prosjekter på tvers av primærhelsetjenesten spesialist helsetjenesten, sosialtjenesten og pleie og omsorgstjenesten. Utviklingsprosjekter kan knytte seg til ulike pasient/bruker grupper, for eksempel barne- og ungdomspsykiatri og barnevern i kommunene, pleie og omsorgstjenesten, sosialtjenesten og spesialisttjenesten. Det må gis rom for tjenestefri med lønn for kompetanseheving/fagutvikling i tjenestene. Tiden skal brukes til studier, faglig utveksling eller annen faglig fordypning med relevans for tjenestestedet.

### **Del 3 Den kommunale helse og sosialtjenesten**

FO ønsker i denne sammenheng spesielt å knytte vår kommentarer til punkt 9.3 Framtidas omsorgsutfordringer og 9.4 En sammenhengende behandlingsskjede.

#### **9.3. Framtidas omsorgsutfordringer**

FO ser frem til den bebudete stortingsmeldingen om fremtiden omsorgstilbud og vil i den sammenheng utdype flere av våre innspill her.

Det listes her opp utfordringer knyttet til fire områder FO vil utdype:

- **Nye brukergrupper**

*”Sterk vekst i yngre brukere med ulike funksjonshemninger og et større spekter av helsemessige og sosiale problemer, krever annen faglig kompetanse og et helhetlig livsløpsperspektiv på omsorgstilbudet.”*

Dette er vi enige i. Vi tror at det er behov for en grundig kartlegging og gjennomgang av hva som krever av fremtidens omsorg for å gi mennesker med psykiske lidelser, mennesker med rusproblemer, unge uføre trygdede, unge med rusproblematikk, psykisk utviklingshemmede med psykiske lideleser osv en verdig hverdag. Den bebudede stortingsmelding som omhandler fremtidens omsorg må omfatte et grundig materiale som gir grunnlag for å gi skikkelig retning på arbeidet med å møte disse behovene.

- **Aldring**

*”Behovsvekst som følge av et økende antall eldre, krever etter hvert utbygging av kapasitet og økt kompetanse på aldring, med spesielt fokus på demens og sammensatte lidelser. De nye eldre har samtidig økte ressurser både helsemessig, økonomisk og utdanningsmessig, som kan gi større evne til å mestre sykdom og funksjonstap. Som følge av endringer i alderssammensetningen i befolkningen skjer det ingen vesentlig økning i tilgangen på*



*arbeidskraft og potensielle frivillige omsorgsytere. En stabil familieomsorg på dagens nivå innebærer at det offentlige må ta den forventede behovsveksten.”*

Det må også her taes høyde for spesielle grupperes særlige behov ved aldring. Levealderen hos mennesker med psykisk utviklingshemning har økt. Levealdersprognoser for utviklingshemmede generelt viser en markant økning de nærmeste årene. Gjennom økende levealder har problemstillinger knyttet til aldringsprosessen for denne gruppen kommet i fokus.

Det er også viktig å legge til rette for at eldre med annen etnisk opprinnelse enn norsk skal ha et tilrettelagt og verdig omsorgstilbud.

Det må arbeides med å heve statusen på arbeidet i denne sektoren. Dette krever en bevisst lønnspolitikk og et skikkelig løft knyttet til arbeidsmiljø i disse tjenestene. Det bør innføres tariffestet rett til veiledning og deltagelse i refleksjonsgrupper for ansatte. I tillegg må det vurderes å innføres bemanningsnormer knyttet til alle funksjoner.

- **Aktiv omsorg**

*De fleste undersøkelser peker på dagligliv, måltider, aktivitet, sosiale og kulturelle forhold som de største svakhetene med dagens omsorgstilbud. Dette krever mer tverrfaglig tilnærming med plass til flere yrkesgrupper som dekker psykososiale behov og kan gi omsorgstilbudet en mer aktiv profil.*

Dette er en innfalsvinkel FO støtter fullt ut, vi ønsker i tillegg også å peke på behovet for fag- og kompetanse utvikling. FO mener at kompetansen som barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleier besitter, i mye større grad må benyttes innenfor omsorgstjenestene. Dette gjelder hele spekteret fra grunnutdanning, videreutdanning, klinisk spesialitet og mastergrad.

Barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere har ulike tyngdepunkter i sin utdanning, men alle har kunnskaper om vanlige livsproblemer og har fokus på hvordan miljømessige faktorer kan bedres. FO mener at dagens omsorgstjenester har et forholdsvis ensidig fokus på medisin. Systematisk miljøarbeid og en ikke-medisinsk tilnærming er en del av vår spesielle kompetanse. Sosialt arbeid tar utgangspunkt i å se personene i den situasjonen vedkommende er i. Dette handler om å bidra til problemløsning i forhold mellom mennesker for å forbedre deres velferd og å bidra til at mennesker samhandler med sine miljøer.

Mange FO-medlemmer har også videreutdanning innenfor området rehabilitering, rusbehandling, målrettet miljøarbeid, psykisk helsearbeid og familieterapi. I tillegg tar mange en klinisk spesialisering med fordypning i psykisk helsearbeid, familieterapi og i barne- og ungdomspsykiatri. Dette er spesialiseringer som er basert på en teoretisk videreutdanning kombinert med veiledet praksis innenfor et aktuelt arbeidsområde. I den senere tiden har det også blitt opprettet sosialfaglige mastergrader med ulike fordypninger. Dette er utdanninger som gir et godt grunnlag for å drive utrednings- og kartleggingsarbeid samt og drive ulike former for behandling innenfor både barne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien og over for psykisk utviklingshemmede som har psykiske lidelser.

**FO mener at det må:**

- Det må innføres bemanningsnormer i omsorgstjenestene og det må i langt større grad stilles krav om bachelor utdanning som barnevernpedagog, sosionom eller vernepleier.
- Vernepleierens kompetanse på systematisk tilrettelegging av fysiske, psykiske og sosiale faktorer i miljøet for å oppnå trivsel, i kombinasjon med kompetansen på pleie under sykdom, å identifisere og imøtekomme den enkeltes behov for omsorg, pleie og

medisinsk faglig oppfølging vil være en styrke i kvalitetsutviklingen av tjeneste innholdet på sykehjem. Vernepleiere bør i langt større skala ansetts som leder for sykehjem.

- FO mener det bør fokuseres på å utvikle gode samarbeidsformer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og sosialtjenester. Alle bør få tilgang til en fast sosialfaglig kontaktperson med særskilt ansvar for at overføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og sosialtjenester går bra.

#### **9.4. En sammenhengende behandlingsskjede**

FO er glad for at samarbeid behovet mellom primærhelsetjenesten og spesialisttjenesten understrekes her. Vi ønsker også å komme med følgende innspill:

Utbyggingen av ambulante tilbud med team må også gjelde psykiatri og rus.

FO mener det bør fokuseres på å utvikle gode samarbeidsformer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og sosialtjenester. Alle bør få tilgang til en fast sosialfaglig kontaktperson med særskilt ansvar for at overføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og sosialtjenester går bra.

### **Del 4 Spesialisthelsetjenesten**

FO ønsker å knytte følgende kommentarer til organisering og styring av spesialisthelsetjenestene:

#### **Medvirkning fra fagmiljøer og ansattes organisasjoner**

Det er avgjørende at det i større grad etableres arenaer for medvirkning og informasjon for interesseorganisasjoner, fagmiljøer og ansattes organisasjoner knyttet til alle nivåer i helseforetakene.

#### **Bestiller og utfører**

FO støtter vurdering som fremkommer i NIBR-rapporten knyttet til å fjerne de ulike formene for bestiller/utfører tenkning som råder i innefor sykehusene. FO mener at denne organisasjonsformen bidrar til å vanskelig gjøre den helhetlige vurdering som er nødvendig for å gi pasientene et tilpasset tjeneste tilbud.

#### **Innsatsstyrt finansiering**

Helse- og omsorgsdepartementet er i ferd med å utvikle systemer for å utvide innsatsstyrt finansiering til også å gjelde områdene psykisk helsevern, rusbehandling, rehabilitering og habilitering. Mens dagens DRG system som brukes i innsatsstyrt finansiering for somatikk, baserer seg på informasjon om diagnoser og prosedyrer, må sannsynligvis ytterligere informasjon om pasienten brukes når et DRG system for psykisk helsevern, rus, rehabilitering og habilitering skal utvikles. FO mener at en utvikling av et DRG system eller tilsvarende må ta utgangspunkt i pasient /brukers behov, hvilke kompetanse og tilrettelegging som er nødvendig i et helhetlig behandlings og rehabiliterings opplegg. En innfalsvinkel er å se på behovet for relevant fagkompetanse og tilstrekkelig bemanning i et helhetlig tilbud til mennesker med behov for psykisk helsehjelp. FO mener at innføringen av DRG-system innfor

områdene psykisk helsevern, rusbehandling, rehabilitering og habilitering bør vurderes på nytt.

## **Spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og sosialtjenester**

Mennesker med psykisk utviklingshemning, rusproblematikk og som har dårlig psykisk helse og/eller sammensatte somatiske lidelser, har ofte et pasientforhold til spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og sosialtjeneste parallelt. I dag gjenstår det mye på å utarbeide god rutiner for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester for disse pasientene. Med dagens utgangspunkt vil det være svært vanskelig å beskrive behovet disse har i overgangen mellom de to tjenestenivåene.

I samspillet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene helse- og sosialtjeneste bør det fokuseres på at det skjer en utvikling og etablering av fagligkunnskap som bidrar til at det utvikles kommunale tjenester som gir varige gode levekår også for utsatte grupper. Det må gis rom for en slik utvikling uten at det legges inn økonomiske incitament/ ”gulrøtter” i systemet. FO er bekymret for at ordninger av dette slaget ikke bidrar til å utvikle gode tjenester, men snarer blir muligheter for kommune til å skaffe seg ekstra penger i en ellers presset kommuneøkonomi.

## **Brukermedvirkning og pasientenes rett til selvbestemmelse**

Gjennom pasientrettighetsloven gis den enkelte ansvar og rettigheter knyttet til behandlingsgarantier – rett til individuelle planer, rett til å velge behandling osv. Brukermedvirkning og brukerstyring er avgjørende for å gi gode tilbud, gi hjelp til selvhjelp. Men det betinger at hjelperne har tid, ressurser og kompetanse til å legge til rette for at reell selvbestemmelse, brukermedvirkning og valg kan skje.

De handler om å bestemme når en skal få hjelp – at noen har tid til å høre hele historien – at noen har tid og kompetanse til å diskutere med deg slik at det legges en plan for den hjelpen du trenger, som du har et eie forhold til osv.

Pasientrettighetsloven og dens prinsipper er nødvendig. Det er alarmerende at det ikke finnes ressurser i kommune og helseforetak til å gjennomføre dens bestemmelser. Loven slik den fungerer i dag føre til at det er den enkeltes pågangsmot og utholdenhet som styrer utviklingen av velferden, og ikke politiske veivalg.

Brukermedvirkning og selvbestemmelse er knyttet til flere nivåer i tjenesten, til spesialisttjenesten, til tjenester som gis parallelt av spesialisttjenesten og helse- og sosialtjenesten i kommunen, ved utviklingen av individuelle planer og i den daglige tjenesteytingen til den enkelte pasient/klient/bruker.

Det må arbeides med å og utvikle nye og mer brukerorienterte/baserte arbeidsmetoder innenfor alle områder. I denne sammenheng er individuelle planer et godt utgangspunkt for å få til en styrking av dette arbeidet. FO mener at individuelle planer må være forpliktende for både brukerne og for tjenesten.

FO mener at det kreves en skjerpet og styrket innsats fra flere parter for å få til reelle pasientrettigheter og styrke rettssikkerheten overfor brukergrupper innenfor rus, psykiatri, barnevern og overfor mennesker med psykisk utviklingshemning.

For å lykkes med å nå disse målene må de ansatte ha tid til å bygge relasjonene med pasienten og tid til å lage gode planer for rehabilitering sammen med pasienten.

Det må også være tid til refleksjon og utvikling av våre faglige ferdigheter og tid til å innarbeide felles forståelse - som igjen gir felles praksis i bruk av lovverket.

I denne sammenheng er også en god faglig ledelse av uvurderlig verdi.

FO oppfatter at bedriftsøkonomiske prinsipper har stor innvirkning på dagen psykiske helse hvor det legges til grunn at det skal behandles flest mulig på kortest mulig tid. Dette er ikke rammer som legger til rette for å styrke brukernes rettssikkerhet og pasientrettighetene.

## **14. Utdanning av helsepersonell**

FO er enige at det er viktig å ha høy kompetanse og riktig kompetanse på riktig plass i helseforetakene. Kompetansebehovet på ses på i en helhet hvor en også inkluderer det sosialfaglige tjenestetilbudet til brukerne av helseforetakene. Det må også legges til rette for kompetanseutvikling, faglig utvikling og veiledning for å styrke kvalitet og forsvarlighet å tjenestetilbudet.

Et viktig virkemiddel i kompetanse- og faglig utvikling er å initiere forskningsprosjekt hvor en tar utgangspunkt i nærhet til bruker og utøver. I den forbindelse vil det være naturlig at en opprettes prosjekter hvor fagpersoner med forskningskompetanse fra de ulike helse og sosialfaggruppene i helseforetakene.

For å øke livskvaliteten må pleie- og omsorgstjenestene få et sterkere innslag av nettverks- og miljøarbeid. Pasientene trenger ikke bare pleie, men også at det fokuseres på dagliglivet som kontakt med familie, meningsfulle fritidsaktiviteter, bolig og økonomi. I ”Rekrutteringsplan for helse og sosialpersonell 2003-2006” fra Sosial- og helsedirektoratet blir det påpekt at barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere kan avhjelpe den vanskelige personellsituasjonen i helsetjenesten.

Vernepleiernes helsefagkompetanse og sosialfaglige kompetanse bør benyttes som alternativ til annen helsefaglig kompetansen i langt større grad i store deler av helsetjenestene.

Barnvernpedagoger og sosionomers kompetanse bør i mye større grad enn i dag benyttes som et supplement i helsetjenesten. Et større innslag av denne kompetansen vil kunne bidra til å sette helsetjenestene inn i en helhetlig perspektiv. Barnvernpedagogene i vil kunne bidra med å sette fokus på barns særskilte behov, mens sosionomen særlig vil kunne bidra med høy organisasjons og forvaltningskompetanse.

Barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere har en tverrfaglig tilnærming og har alle kompetanse innenfor familie- og nettverksarbeid.

Antall studieplasser for barnvernpedagoger, sosionomer og vernepleiere må styrkes i fremtiden.

Det må innføres autorisasjon for barnevernpedagoger og sosionomer. I dag er det kun helsepersonell som har autorisasjon. Dette bør utvides til også å omfatte profesjonene i sosialsektoren, som et ledd i kvalitetssikringen av tjenestene. Det vil også sikre samme kvalitets- og rettssikkerhetsstrukturer mellom klienter og pasienter. Sosialtjenesten vil framover ha en klarere funksjon i rehabiliteringsarbeidet – sosialarbeideren vil få behandlingsoppgaver i større grad enn i dag. Kliniske sosialarbeidere har i dag behandlingsansvar i helsetjenesten, der alle andre behandlere har autorisasjon. Autorisasjon vil gi jevnbyrdighet mellom arbeidstakerne i samme arbeidsområde. Sosial- og helsedirektoratet har arbeidet lenge med denne saken og ordningen bør nå endelig på plass.

Mange FO-medlemmer har videreutdanning innenfor området rehabilitering, rusbehandling, målrettet miljøarbeid, psykisk helsearbeid og familierapi. I tillegg tar mange en klinisk spesialisering med fordypning i psykisk helsearbeid, familierapi og i barne- og ungdomspsykiatri. Denne kompetansen må brukes mer aktivt i behandling. FO mener at det

må gis rom for å gjennomføre videreutdanningsløp, klinisk spesialitet og mastergrad og at barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleieres spesielle kompetanse må benyttes i helesetjenestene.

Med vennlig hilsen

Randi Reese  
Leder

Marianne Wallestad  
Fagkonsulent