

31000020
Helse- og Omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres referanse

Vår referanse
19/00009-77

Vår dato
21.05.2019

Høring - NOU 2018:16 Det viktigste først. Om prioritering i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Fellesorganisasjonen (FO) organiserer 29 000 barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Våre medlemmer jobber innenfor et bredt spekter av helse-, omsorgs- og velferdstjenester.

Nær halvparten av FOs medlemmer arbeider i kommunesektoren og de fleste av dem i kommunale helse- og omsorgstjenester som hjemmebaserte tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne, hverdagsrehabilitering, NAV, boligsosialt arbeid, oppsøkende tjenester og tverrfaglige rus- og psykiske helse- og sosialtjenester.

FO vil innledningsvis vektlegge at nåværende helse- og omsorgstjenestelov rommer store deler av tidligere lov om sosiale tjenester. Sosialt arbeid er en viktig del av kommunale helse- og omsorgstjenester og bygger på fagkunnskap om individ og samfunn, og forståelse av pasientens eller brukerens opplevelse av egen situasjon. Sosialarbeidernes kompetanse med å kartlegge ressurser og behov for hjelp til å finne gode løsninger for å bedre livskvalitet er avgjørende kompetanse for forsvarlige kommunale helse- og omsorgstjenester.

Sosialt arbeid sammen med vernepleierfaglig kompetanse er viktig for å kunne tilby gode og helhetlige kommunale helse- og omsorgstjenester. Vernepleierne har generell fordypning om mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker og de har særlig kompetanse på miljøterapeutisk tilnærming, habilitering og rehabilitering.

Hverdagsrehabilitering er et viktig satsningsområde for kommunale helse- og omsorgstjenester. Tiltak med tidlig innsats, forebygging og styrking av habilitering og rehabiliteringsfeltet trekkes frem som de områder der det skal settes inn et ekstra fokus og som trengs å styrkes i kommunene. Det er etablerte og godt kjente felt og der sosionomer og vernepleiere har viktig metodikk og ferdigheter. Deres målsetning er å yte hjelp til selvhjelp og mestring av dagliglivets gjøremål. Vernepleiere og sosionomer har viktig

FO

Besøksadresse:
Mariboesgt. 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

kompetanse for å bygge tjenester der tidlig innsats, aktiv omsorg og mestring står sentralt.

FN har nylig kommet med sterk kritikk av Norge for blant annet høy grad av forskjellsbehandling av personer med nedsatt funksjonsevne. FNs anbefalinger knytter seg først og fremst til manglende inkorporering av FN-konvensjonen for personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Videre går kritikken på de store ulikheter fra kommune til kommune og mangel på muligheter for å leve aktive og likeverdig liv. Det kom sterk kritikk for mangel på selvbestemmelse og høy grad av tvangsbruk. Det knyttet sterk bekymring til de negative holdninger overfor personer med funksjonsnedsettelse og manglende statlige tiltak for påkrevet holdningsendring. Det er med bekymring FO registrerer at utvalget ikke har vektlagt konvensjonens forpliktelser og at de legger frem forslag som strider mot FN konvensjonen.

Helse- og omsorgsdepartementet ber særlig om innspill på tre områder og FOs innspill til disse følger nedenfor.

Er prioriteringskriteriene slik utvalget legger det frem, et egnet virkemiddel for å sikre likeverdige kommunale helse- og omsorgstjenester?

- FO er skeptisk til å innføre prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet i kommunale helse- og omsorgstjeneste og offentlig finansiert tannhelsetjeneste. Vi mener det er nødvendig med diskusjon om prioritering og rettferdig fordeling av helsetjenester, og er derfor opptatt av god debatt om dette. Men det er vanskelig å se at kriteriene vil bidra til bedre eller mer riktig prioritering i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Offentlige prioriteringer betyr å sette noen foran andre, altså å gi noen forrang. Det betyr å gi bestemte grupper eller pasienter forrang ved diagnostikk, behandling, rehabilitering, pleie og/eller forebyggende tiltak, og ved å vurdere om nye tiltak skal innføres eller ikke. Det er alltid problematisk og vil føre til ulikheter.

FO er innforstått med at dette kan være nødvendig. Vi forutsetter imidlertid kriterier som ikke diskriminerer på bakgrunn av kjønn, etnisitet, seksuell orientering eller funksjonsnedsettelse. FO mener de foreslåtte kost /nytte-vurderinger og alder /livskvalitets-forståelser ikke vil bidra til mer likeverdige tjenester. Tvert imot er vi sterkt bekymret for at det vil føre til økte forskjeller og at ulike grupper settes opp mot hverandre. FO mener videre at de foreslåtte kriteriene vil bryte med CRPD knyttet til tjenester som hjemles i praktisk bistand og opplæring.

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.

I kriteriene som legges til grunn er forståelse og vurdering av *helsegevinst* og *helsetap* i hovedsak definert av helsepersonell (altså det offentlige) og ikke av personen selv. Graden av medvirkning og opplevd helsetap /helsegevinst er ikke godt nok ivare tatt. For personer med funksjonsnedsettelse handler det mindre om tapte leveår og mer om mulighet til å leve gjenværende år best mulig og om respekt og anerkjennelse av å leve et liv med annerledeshet. Uansett er dette eksempel der vi er redde for at helsepersonell vil legge andre vurderinger av helsetap /helsegevinst til grunn enn personene selv. FO er bekymret for at personer med funksjonsnedsettelse vil få sine gjenstående gode leveår vurdert som færre, enn personer uten slike diagnoser. FO ser at den foreslåtte utvidelsen i alvorlighetskriteriet, graden av fysisk, psykisk og sosial mestring skal vurderes, antakelig er tenkt å kompensere for dette. Likevel vil FO holde fast ved at kriteriene er lite egnet til å gjøre nødvendige vurderinger i de kommunale tjenestene og de oppgaver kommunale helse- og omsorgstjenester skal ivareta.

Er de foreslåtte kriteriene og prinsippene for prioritering egnet for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester på hhv faglig, administrativt og politisk nivå?

- FO mener de foreslåtte kriteriene og prinsippene egner seg dårlig for prioritering i kommunale tjenester. Vi vet at prioritering er en utfordring både på faglig, administrativt og politisk nivå og kommunens totale ressurser skal forvaltes på vegne av innbyggerne. Trange kommunebudsjetter og stadig flere oppgaver legges til kommunene. I tillegg er det lav og ofte manglende kompetanse til å utføre pålagte oppgaver. Konsekvensene er redusert handlingsrom for den enkelte kommune, og manglende mulighet for langsiktig og nødvendig planlegging.

Er virkemidlene som foreslås i innstillingen egnet til å støtte opp om prioriteringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene?

- Virkemidlene som foreslås er i seg selv gode virkemidler, både lovverk, retningslinjer, veiledere og etablering av nasjonale kompetansemiljøer er gode tiltak. FO mener dette er virkemidler som er nødvendige for gode og likeverdige tjenester og uansett bør styrkes. Men de må følges opp med tilstrekkelige og målrettede finansieringsordninger og rammer for tjeneste- og kvalitetsutvikling. Og tilsynsmyndighetene må ha virkemidler for pålegg når kommunene ikke følger opp lovpålagte plikter.

Rettferdighet er et vanskelig begrep. Særlig er rettferdig fordeling av goder som helsetjenester vanskelig å definere. 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.

Konklusjon

Kontinuerlig prioritering i helsevesenet er nødvendig. FO vil understreke at faglig spisskompetanse hos helse- og sosialfaglig ansatte, i samråd med pasienten selv, må være utgangspunkt for å vurdere om en behandling skal gis eller ikke. Økonomiske indikatorer og tellekanter for levekår kan svært raskt få 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 dårlig egnet for å bidra til en mer rettferdig fordeling av helse- og sosialtjenester.
- FO mener kriteriene bryter med FN-konvensjonen for personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Kriteriene egner seg ikke for vurdering av tjenester knyttet til omsorgstjenester eller tjenester med siktemålet å sikre gode livsbetingelser, på den enkeltes egne premisser.
- FO mener konkrete prioriteringer alltid må tas av profesjonsutøvere i samråd med brukerne selv, ikke alene på bakgrunn av nasjonale føringer for diagnoser, alder og livskvalitet.
- FO er svært bekymret for at personer med rusavhengighet, - psykiske lidelser- og utviklingshemning kan komme dårligere ut enn andre når «gjenværende gode leveår» skal regnes ut. Dette vil bidra til å opprettholde og forsterke klasseskilte i helsetjenestene i Norge.

Med vennlig hilsen

Sign.
Mimmi Kvisvik
Forbundsleder

Sign.
Gry Reinsnos
Rådgiver for vernepleierne