



Helse- og Omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres referanse: 22/2404
Vår referanse: 22/00001-222
Vår dato: 14.09.2022

Fellesorganisasjonen (FO)
Mariboegate 13
0183 Oslo

Postadresse:
Pb. 4693 Sofienberg
0506 Oslo

Telefon:
+47 919 19 916

E-post:
kontor@fo.no

Bankgiro: 9001.06.35674

Bankgiro kontingent:
9001.08.71394

Org.nr:
870 953 852 MVA

fo.no

FOs innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Fellesorganisasjonen (FO) er fagforeningen for sosialarbeidere. Vi organiserer over 33 000 barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere.

FO takker for muligheten til å gi innspill til kommende Nasjonal helse- og samhandlingsplan. FO arbeider blant annet for å bedre vilkårene til utsatte grupper i samfunnet. Våre innspill hensyntar derfor situasjonen- og behovet til personer med rusutfordringer, psykiske helseplager, barn i utsatte posisjoner og personer med funksjonsnedsettelse spesielt. FO har fått innspill fra medlemmer, fylkesavdelinger og faggruppen for medlemmer som arbeider i somatiske sykehus i forbindelse med dette innspillet.

Vansker med kommunikasjon mellom helsetjenestene

Mangel på kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen byr på store utfordringer¹. Ikke-integrerte og/eller utdaterte datasystemer fører til dårlig- eller ingen informasjonsflyt mellom helse- og omsorgstjenestene. Dette kan, helt konkret, gi utslag som at spesialisthelsetjenesten og/eller fastlegen ikke har tilgang til pasientens legemiddelkort². FO mener at arbeidet med «En innbygger, én journal» må prioriteres tungt. Slik situasjonen er nå, har pasient/bruker mange ulike journaler rundt omkring i helse- og velferdstjenestene. Aktørene i helsetilbudet har ikke tilgang til hverandres journaler. Dette fører til store mengder merarbeid, for eksempel når journaler må oppsummeres, og sendes videre. Dersom sikker overføring ikke er mulig, eller funksjoner ved datasystemene setter stopper for dette, må helseopplysninger sendes i

¹ [Samhandling om kvardagsrehabilitering – ein kvalitativ studie | Tidsskrift for omsorgsforskning \(idunn.no\)](#)
[Samarbeidsutfordringer i norsk helsetjeneste – betydning for klinisk arbeid | Tidsskrift for omsorgsforskning \(idunn.no\)](#)

² [Nasjonal handlingsplan for e-helse 2017-2022.pdf](#)

posten- eller via faks. Dette er uholdbart. Videre er det en utfordring at enkelte profesjoner, som barnevernspedagoger og sosionomer som arbeider i helsetjenestene ikke får de samme tilgangene til journalene som andre profesjoner, på bakgrunn av at de ikke er autorisert personell. Dette er feil praksis som ikke har grunnlag i lov, men er likevel en stor utfordring.

FOs faggruppe for medlemmer i sykehusene (sykehussosionomene) påpeker at det er et behov for en tilsvarende sosionomtjeneste i kommunene. Sosionomene kan utgjøre en vesentlig forskjell innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid. Faggruppen ser at sosionomer i kommunene i mindre grad er tilgjengelig for befolkningen, og at henvendelser når pasienten er i kontakt med spesialisthelsetjenesten ikke nødvendigvis henger sammen med årsaken til at pasienten er i kontakt. Det kunne vært forhindre med en bedre kartlegging i forkant. På samme vis mangler det et tilbud i kommunene som spesialisthelsetjenesten ikke har mulighet til å dekke, og det handler om utskriving av pasienter og videre oppfølging i kommunene.

SINTEFs evaluering av pakkeforløp for psykisk helse og rus fra 2021³, viser at det er store utfordringer knyttet til samhandling og samarbeid både internt og eksternt mellom tjenestetilbyderne. Videre kom det fram at tjenestetilbyderne var usikre på hvilke instanser som samarbeidet med hvem, og hvem som skulle ha hvilken informasjon. Dette gjaldt både offentlige og private aktører som var del av pakkeforløpene. Stortingsmeldingen «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet»⁴ slår fast at ordningen med individuell plan for pasienter/brukere med behov for koordinerte, sammensatte tjenester, ikke fungerer som den skal. Blant annet pekes det på at aktørene som bidrar i pasient/brukers individuelle plan jobber lite tverrfaglig, og samarbeider stykkevis basert på enkelt diagnoser. Dette fører til oppstykket kommunikasjon. For å bedre tjenestetilbudet til pasient/bruker med behov for individuell plan, er det satt i gang et pilotprosjekt som tar sikte på å etablere tverrfaglige team rundt pasient/bruker. En statusrapport om denne piloten⁵, utarbeidet av SINTEF og NTNU, viser imidlertid at det har vært vanskelig for prosjektgruppa å få kommunisert ut hva som er nytt i dette prosjektet kontra arbeidet man allerede gjorde med individuell plan. Piloten tok i utgangspunktet sikte på å ferdigstilles i 2021. Blant annet på grunn av nettopp kommunikasjonsutfordringer har prosjektperioden blitt utvidet til 2023.

Et løft i kommunikasjonen mellom helsepersonell som behandler samme pasient/bruker, vil kunne forbedre- og effektivisere tjenestene. Antakelig vil pasient/bruker-tilfredsheten også bedres på denne måten. FO mener at anskaffelse av datasystemer som er enkle i bruk, hvor man i tillegg til å føre nødvendig helsedokumentasjon også kan kommunisere på tvers av tjenesteinstans, må prioriteres tungt. Dette fordrer selvfølgelig at personvern ivaretas. Der det er behov, bør et slikt datasystem også kunne benyttes til kommunikasjon på tvers av tjenestetilbud, eksempelvis til informasjonsutveksling mellom foreldrehjemmet, skole/arbeid og bolig/avlastning.

NAV er en svært sentral aktør i folkehelsearbeidet, og samarbeidet opp mot NAV er vesentlig for at særlig bekymringer for økonomi ikke skal bli en helseforverrende faktor når folk blir syke/skada. Her trengs bedre samhandlingsstrukturer. I Trondheim er for eksempel helseplattformen innført, men jobbspesialistene i IPS, en behandlingsretta metodikk for å få folk med helseutfordringer (psykisk helse, rus) i jobb får ikke være med i plattformen, selv om de jobber i integrerte helseteam der nettopp det å komme i og stå i jobb er en del av behandlingen. Dette skaper unødvendige hindre for god

³ [Microsoft Word - Rapport 2_pakkeforløp_revidert_1 mars \(sintef.no\)](#)

⁴ [Meld. St. 26 \(2014–2015\) \(regjeringen.no\)](#)

⁵ [2022-00096_Oppf%C3%B8lgingssteam_hovedrapport_signert.pdf \(unit.no\)](#)

samhandling mellom jobbspesialister, behandlere og de som nyttiggjør seg IPS-tilbudet.

Alle som har behov for koordinerte, sammensatte tjenester, har rett på en individuell plan (IP)⁶. I den forbindelse har man også rett på en koordinator for den enkeltes plan. Mange mennesker får verken individuell plan eller koordinator når de trenger det. Brukere opplever at det er forvirring knytta til hvem som har hvilket ansvar i koordinerende enhet. For å løse dette, må NAV prioritere å samarbeide tettere med koordinerende enhet, bruker og pårørende, Jfr lov om sosiale tjenester i Arbeids- og velferdsforvaltningen, §§12-14.

Helsetjenesten kommuniserer dårlig med pasient og pårørende

FO mener at god kommunikasjon- og informasjon mellom pasient/bruker er vesentlig for å kunne treffe selvstendige valg på vegne av egen helse. Dersom pasient/bruker har redusert kognitiv fungering, blir måten denne informasjonen meddeles på desto viktigere. Det bør derfor foreligge konkrete strategier for å bedre informasjonsflyten. Resultatene av en slik strategi må kunne måles og evalueres, slik at man hele tiden søker å forbedre kommunikasjonen og kan avdekke hvor utfordringene med kommunikasjon oppstår.

Både pasienter/brukere og behandlerne kan oppleve mangelfull informasjon i møte med ulike behandlingstilbud. I SINTEFs evaluering av pakkeforløp for psykisk helse og rus, fant man for eksempel at 45 prosent av deltakerne i studien ikke visste at behandlingstilbudet deres var en del av et pakkeforløp. Man fant også at de pårørende til pasienter/brukere som var i et pakkeforløp måtte «presse seg på» for å få den informasjonen de trengte. FO mener dette er spesielt problematisk når helsetjenestene er rettet mot personer som på grunn av funksjonsnedsettelse, rusutfordringer, psykiske helseplager eller som befinner seg i utsatte posisjoner, blant annet fremmedspråklige og innvandrere/flyktninger, skal motta helsehjelp. Personer innenfor denne gruppa kan ha vaker med å selv innhente- og prosessere slik viktig informasjon. Vi ønsker å understreke at det er helsetjenestens- og ikke de pårørendes- eller pasient/bruker selv sitt ansvar å formidle viktig informasjon om behandlingen som gis.

SINTEF har også evaluert pakkeforløp for behandling av kreft⁷. Der konkluderer de med at pasientene ofte ikke er bevisste på at de er en del av et pakkeforløp. Videre finner de også her at pasientene har stort informasjonsbehov når de står i en slik vanskelig livssituasjon. Man kan spørre seg om pakkeforløp i helsetjenesten er en ordning som skal videreføres.

I helsetjenestene til eldre kan det også se ut til at kommunikasjonen mellom tjenestetilbyder og pasient/bruker svikter. Sogstad og Bergland⁸ peker blant annet på lav bemanning og lite tid til den enkelte pasient/bruker som årsak til dette. Videre skriver de at kommunikasjonssvikten mellom tjenesteyter og bruker/pasient leder til mindre individuelt tilpassede- og mindre pasient/brukerstyrte helsetjenester.

Det er kjent at helsetjenestene kan ha utfordringer med å kommunisere om helse- og opplevelsen av egen helse med pasienter/brukere med minoritetsbakgrunn og deres pårørende⁹. Disse utfordringene kan lede til misforståelser og feilbehandling.

⁶ [Individuell plan - en rettighet - helsenorge.no](https://helsenorge.no/om-individuell-plan-og-koordinator-formal-og-rettigheter)
[Om individuell plan og koordinator - formål og rettigheter - Helsedirektoratet](#)

⁷ [Sluttrapporrt_Pakkefor%C3%B8p+for+kreft.pdf \(unit.no\)](#)

⁸ [Sårbar sammenheng i helse- og omsorgstjenesten til eldre pasienter | Tidsskrift for omsorgsforskning \(idunn.no\)](#)

⁹ [Minoritetsbakgrunn | Naku](#)

I tillegg til dette er et av de store problemene i helsetjenestene er overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Dette gjelder både rus, psykisk helse og somatikk. Overgangene må bli bedre og smidigere, og her kan vi se for oss at sosialarbeidere i mye større grad kan være en del av dette. Sosialarbeidere som har ansvar for å være bindeledd mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen ville ha løst en rekke problemer knyttet til kommunes oppfølging. Sosionomutdanningen legger særlig vekt på å utdanne sosialarbeidere som er gode på tverrfaglig samarbeid, og hvor sosionomen ofte vil ha en koordinerende rolle. Vi mener en satsning på å tilsette sosionomer med koordineringsansvar i helse- og omsorgstjenestene i kommunene ville være et viktig bidrag til å sikre gode, sammenhengende og koordinerte behandlingstilbud.

Det er også behov for mer tverrfaglig arbeid innen andre helsefaglige lavterskeltilbud i kommunene. Spesielt vil vi trekke frem å styrke skolehelsetjenesten med miljøterapeuter med sosialfaglig kompetanse. Rapporten *Sosialfaglig kompetanse i skolen*⁷ viser hvordan miljøterapeuter med profesjonsutdanning som barnevernspedagog, sosionom eller vernepleier har kompetanse på å ivareta elevenes helhetlige behov. Flere ansatte med sosialfaglig kompetanse og en satsning på tverrfaglig skole og miljøterapeuter med sosialfaglig profesjonsutdanning for å indentifisere og følge opp barn som trenger ekstra bistand styrker det psykososiale miljøet.

Pårørende må utføre pleie- og omsorgstjenester

I dag utfører pårørende pleie- og omsorgstjenester tilsvarende 100 000 årsverk til sine nærpersoneer. Dette er omtrent like mye som helsepersonell utfører¹⁰. Likevel er oppfølgingen av pårørende lavt prioritert. Den norske befolkning blir eldre. Dette kan by på utfordringer når de pårørende også blir eldre, og hvor for eksempel både mor- og bestemor trenger omfattende hjelp og støtte i det daglige av for eksempel barn og barnebarn.

Helsevesenet kan ikke belage seg på at pårørende tar opp tråden og fullfører arbeidet når helsetilbudet kommer til kort. Alle innbyggere- uansett utgangspunkt, har rett til forsvarlig helsehjelp i Norge. Dette betyr at det må eksistere systemer som fanger opp økt bistandsbehov og behov for bredere- eller annen type oppfølging hos pasient/bruker. Det skal ikke være slik at de pårørende skal kjempe for at deres nærmeste skal få oppfylt grunnleggende rettigheter, som for eksempel BPA eller sykehjemsplass dersom de oppfyller kriteriene for å kunne motta disse tjenestene.

Barn og søsken som pårørende

I henhold til helsepersonellovens §§ 10a og 10b skal helsepersonell ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging barn har som følge av at foreldre eller søsken har psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller er alvorlig somatisk syk eller skadet.

Funn fra Multisenterstudien (11/2015)¹¹ viser at barn av psykisk syke foreldre rapporterer lavere livskvalitet enn normalbefolkningen og de opplever stress og belastninger som følge av foreldres sykdom. Studien viser også til at

¹⁰ [Myndighetenes forventninger til pårørende som samprodusenter i omsorgstjenester | Tidsskrift for velferdsforskning \(idunn.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-paerørende-resultater-fra-en-multisenterstudie/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf)

¹¹ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-paerørende-resultater-fra-en-multisenterstudie/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf>
[/attachment/inline/80ae6065-0af7-4daa-a6b7-57e6fb2949a8:dad0550eeafb0d50eacdd3662f66ba833bd5dc05/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-paerørende-resultater-fra-en-multisenterstudie/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf)

spesialisthelsetjenesten og kommunene bare delvis følger opp loven om barn som pårørende. En av anbefalingene er at oppfølging av familiene må gjøres i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjeneste-tilbud og på tvers av voksen- og barnetjenester.

I tråd med pårørendeveilederen bør helseforetak og kommuner samarbeide systematisk om støtte til pårørende. Helse Bergen og Haraldsplass Diakonale sykehus har nylig startet et samarbeid om barn og søsken som pårørende med kommunene i sitt opptaksområde. Et slikt samarbeid finnes også i andre regioner. Hvordan dette samarbeidet foregår, er pr i dag opp til de enkelte helseforetak og kommuner. Dette kan føre til at innsatsen blir fragmentert og tilfeldig, og gi ulikheter i tilbudet.

Ivaretagelse av barn og søsken som pårørende skal være en del av helsehjelpen, og er forebyggende for utvikling av vansker hos barna. En felles nasjonal standard for samhandling kan bidra til å sikre sømløse pasientforløp og gode tjenester i hele landet.

Utnytta kompetanse i helsetjenestene

Sosialt arbeid og sosialfaglig kompetanse benyttes for lite i helse- og omsorgstjenesten. Sosialarbeidere er utdannet til å se hele mennesket og til å gi støtte og veiledning i vanskelige livssituasjoner. Dette innebærer at sosialarbeiderne både arbeider individuelt med mennesket det gjelder, men også ser på helheten rundt, dette kan være barn, familie, nettverk, skole, arbeid, økonomi, bolig, traumer, omsorgssvikt, sykdom og så videre. Dette er livsområder som i stor grad kan påvirke den enkeltes sykdomsforløp og tilfriskning. Det handler også om samarbeid med NAV, barnevernstjenesten, leger, andre behandlere og andre hjelpetiltak. En bedre oppgavefordeling i helsevesenet vil bety bedre oppfølging av pasienter og pårørende, både medisinsk og sosialt, noe som er god samfunnsøkonomi ved blant annet å redusere sykefraværet for både de ansatte og dem de jobber med.

Under pandemien har sykepleiere varslet om manglende kapasitet på sykehus. Samtidig melder våre medlemmer om mindre tid til oppfølging av pårørende og sosialt arbeid, fordi det blir stadig færre sosionomer på norske sykehus. Sosionomer kan gi viktige bidrag i disse tjenestene¹²

Sverige trenger halvparten så mange intensivsykepleiere som Norge¹³ for å bemanne én intensivplass. Årsaken er at de satser på flere yrkesgrupper i helsetjenestene. Sverige har ca. 4000 sosionomer ansatt i offentlige sykehus og satser på sosialfaglig arbeid. I Norge er det langt færre. Per 2020 var det i overkant av 400 sosionomer tilsatt i somatikken. Intensivsykepleierne arbeider både medisinsk, praktisk og psykososialt. Dersom Norge gjør som Sverige og øker den sosialfaglige bemanningen, så vil det være med å løse en stor del av kompetansemangelen i helsevesenet. Sosionomene ivaretar pasientenes og de pårørendes psykososiale, praktiske og økonomiske behov. En større satsning på dette vil føre til at sykepleierne kan få tid til å gjøre den medisinske jobben de er best på.

Et annet eksempel er vernepleiere, som er autorisert helsepersonell og sidestilt med sykepleieren som helsepersonell. Likevel er de lite representert i somatisk helsetjeneste. Årsaken er trolig lite kunnskap om vernepleierens helsefaglige kompetanse blant virksomhetsledere og rekrutteringsansvarlige.

¹² <https://www.fo.no/somatiske-sykehus/hvordan-arbeider-sosionomene-i-sykehusene-article5763-1356.html>

¹³ <https://www.nettavisen.no/nyheter/i-sverige-trengs-det-fem-sykepleiere-for-a-bemanne-n-intensivplass-i-norge-dobbelt-sa-mange/s/12-95-3424227784>

Vernepleiemangel

Norge mangler 20 000 vernepleiere¹⁴. Bare 10,7 prosent av tjenestene til personer med utviklingshemming ytes av vernepleiere. For å kompensere for denne mangelen, ansettes miljøterapeuter med annen treårig helse- og sosialfaglig bakgrunn, helsefagarbeidere og ufaglærte assistenter. I de største byene ytes helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming av over 37 prosent ufaglært arbeidskraft¹⁵. Som nevnt er vernepleieren autorisert helsepersonell. Videre har vernepleiere bred kompetanse på tjenester og lovverk som retter seg spesielt mot personer med utviklingshemming, for eksempel regelverket som knytter seg til tvangsløvgivningen i Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9. Vernepleieren har med andre ord en kompetanse man ikke finner hos personellet som ansettes i deres fravær. FO mener dette er en uholdbar situasjon som går dirkete ut over forsvarligheten- og kvaliteten på tjenestene til brukerne innenfor vernepleiernes virkeområder.

For å styrke norsk helsevesen, må det flere hender til. FO arbeider for at vernepleierutdanningen skal få flere studieplasser, slik at man på sikt kan møte rekrutteringsutfordringene og mangelen på vernepleiekompetanse spesielt, men også mangelen på helsepersonell generelt. Å få flere vernepleiere inn i helsetjenestene, vil kunne løse flere utfordringer. Eksempelvis vil eldre personer med utviklingshemming kunne bo hele livet hjemme. Siden vernepleieren er sidestilt med sykepleieren som helsepersonell, kan de virke på lik linje med en sykepleier for eksempel på et sykehjem.

Å få rekruttert flere vernepleiere inn i tjenestene til personer med utviklingshemming, vil styrke deres helse- og sosialfaglige tjenester. Det vil dessuten være en seier for rettssikkerheten til denne gruppa, ettersom vernepleiere er en yrkesgruppe med gjennomgående kjennskap til regelverket som omhandler bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemming (HOL kap. 9).

Økt digitalisering av helsetjenester både fremmer- og hemmer deltakelse

Det er et uttalt mål at norske helsetjenester skal bli mer digitale¹⁶. Utvidet digitalisering av norske helse- og omsorgstjenester kan bidra til bedre effektivisering og koordinering. Dersom tjenestene er tilstrekkelig tilrettelagt, kan de også bidra til økt selvstendighet og utvidet brukermedvirkning. FO ønsker imidlertid å påpeke at gode digitale løsninger ikke fullt og helt kan erstatte helse- og omsorgstjenester utført av personer som er fysisk til stede. Helsetilsynet løfter eksempelvis fram behovet for fysisk tilgjengelige tjenester i en landsomfattende undersøkelse av tilgjengelighet til sosiale tjenester i NAV¹⁷. FO ønsker spesielt å trekke fram lavterskeltilbud som instanser hvor det er viktig å opprettholde et fysisk oppmøtested hvor man motta veiledning og helsehjelp. Eksempler på slike lavterskeltilbud kan være helsestasjon for ungdom eller drop-in-helsetjenester til personer med rusutfordringer.

Mange brukere av helse- og omsorgstjenester kan ha mangelfull digital kompetanse og/eller dårlig tilgang på digitale hjelpemidler. En forutsetning for å motta helse- og omsorgstjenester digitalt, er å ha tilgang på det teknologiske utstyret som trengs. Løsninger for innkjøp av utstyr, for eksempel smarttelefon, nettbrett eller PC til personer som ikke selv har ressurser til å anskaffe dette må på plass. FO mener at det

¹⁴ [Vernepleiemangel - FO - Din fagforening](#)
[Rapport om kompetanse i tjenester til utviklingshemmede - nettversjon.pdf \(fo.no\)](#)

¹⁵ [Rapport komp i tjenester til utviklingshemmede.pdf \(fo.no\)](#)

¹⁶ [Nasjonal e-helsestrategi - ehelse](#)
[Nasjonale faglige råd for digital hjemmeoppfølging - Helsedirektoratet](#)

¹⁷ [Rapport Digital ekskludering i NAV. SINTEF 2022.pdf](#) og [Digital hele livet \(regjeringen.no\)](#)

ikke er holdbart at helsetjenester som allerede er betalt over skatteseddelen i større og større grad kun blir tilgjengelig dersom man selv kjøper en smarttelefon/nettbrett/PC.

FO mener at det må finnes gode systemer- og rutiner som skal sikre at den enkelte bruker/pasient og dennes nærpersoener får nødvendig vedlikehold av utstyr/teknologi. Videre må det etableres rutiner for oppdatering av brukskompetanse for både bruker/pasient, pårørende og hjelpeapparatet. Velferdsteknologiske hjelpemidler som trengs for å få tilgang til elektroniske helsetjenester må finansieres av det offentlige. Dette må til for å sikre lik tilgang og like rettigheter. Den enkelte skal ikke være prisgitt den kommunes økonomiske rammer og/eller pårørendes initiativ og ressurser for å kunne motta helse- og omsorgstjenester.

Manglende selvbestemmelse og brukervedvirkning i utforming av tjenester

Personer med kognitive funksjonsnedsettelse, opplever ofte at de vurderes til å ikke ha samtykkekompetanse. Samtykkekompetanse er ikke en ferdighet man enten har eller ikke har. Evnen til samtykkekompetanse skal vurderes fra sak til sak, og fra gang til gang¹⁸. Personer med utviklingshemming opplever at de i liten grad selv får muligheten til å bidra til å utforme sitt eget helse- og omsorgstilbud. Dette på tross av at Helse- og omsorgstjenestelovens § 9-3¹⁹ fastslår retten til nettopp dette²⁰.

Alle pasienter/brukere har lovmessig rett til brukervedvirkning og selvbestemmelse i utforming og gjennomføring av egne helse- og omsorgstjenester. Der det gis god-, og tilgjengelig informasjon, vil mulighetene for brukervedvirkning og selvbestemmelse øke. Et samlet helsevesen må derfor tilrettelegge bedre for at pasient/bruker gis muligheten til å ta selvstendige valg der dette er mulig og forsvarlig. Mulighetene må presenteres på en tilgjengelig måte. Personer med redusert kognitivfungering og barn må bli presentert for valgmuligheter og behandlingsformer gjennom tilstrekkelig beslutnings- og kommunikasjonsstøtte.

Eldrebolgen treffer også utsatte grupper

Befolkningen blir som nevnt eldre enn før. Også personer med utviklingshemming, funksjonsnedsettelse og rusutfordringer blir eldre i dag²¹. Mens forventet levealder for personer med for eksempel Downs syndrom var på rundt 30 år på 1970-tallet, ligger den på rundt 60 år i dag²². Dette legger- og vil legge stort press på et allerede presset helsevesen.

Personer med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse utvikler ofte komorbide sykdomstilstander med alderen. Personer med Downs syndrom vil i 90 prosent av tilfellene utvikle demens. Ofte begynner tegn til demens å vise seg allerede ved 35-40 års alder hos denne gruppa. Siden personer med Downs syndrom og/eller andre funksjonsnedsettelse blir eldre enn før, blir det også flere i denne gruppa som vil trenge sammensatte helsetjenester som følge av aldersrelaterte utfordringer. Personer med utviklingshemming og/eller andre funksjonsnedsettelse, er i behov av spisskompetanse på aldringsprosesser- og utfordringer spesielt knyttet til denne gruppa²³.

¹⁸ [Samtykkekompetanse - Nasjonalt senter for aldring og helse](#)

¹⁹ <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§9-3>

²⁰ [Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming \(5\).pdf](#)

²¹ [Utviklingshemming, aldring og helse: Forskning | Naku](#)

²² [Eldrebolgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen - SSB](#)

²³ [ergoterapeuten-nr-6-2021-den-norske-downs-demens.pdf \(aldringoghelse.no\)](#)

Eldre mennesker som har- eller har hatt rusutfordringer over tid, har ofte store pleie- og omsorgsbehov som må ivaretas av helsepersonell²⁴. Norge møter med andre ord en mangfoldig- og stor gruppe eldre med større eller mindre bistandsbehov nå- og i framtida.

Personer med utviklingshemming og/eller funksjonsnedsettelse bør først og fremst få gå alderdommen i møte der de bor og ikke på sykehjem. Behovet for trygghet og forutsigbarhet kan være stort for personer i denne gruppa. Dette behovet øker når funksjonsnivået minker. Det er nærliggende å tro at muligheten for tett individtilpassede tjenester, i kjente omgivelser utført av kjent personal er langt større i hjemmebaserte tjenester enn på sykehjem. FO mener det bør bevilges midler til kompetanseheving innenfor fagfeltet funksjonsnedsettelse og aldring, slik at både tjenestene til eldre generelt- og til personer med utviklingshemming/funksjonsnedsettelse spesielt, bedres.

Helsetjenester til barn i utsatte posisjoner

Barn med funksjonsnedsettelse

Det er lite kunnskap om funksjonsnedsettelse og betydningen det har for å kunne uttrykke grunnleggende behov, som for eksempel utrygghet, ubehag og smerte.²⁵ Barn med funksjonsnedsettelse har i større grad enn andre barn utfordringer knyttet til språk og kommunikasjon, bevegelse og muligheter til å formidle egne behov i tillegg til økt sannsynlighet for sykdom og smerter. Det er ikke uvanlig å se at barn med språklig utfordringer, annerledes formidlingsevne ofte kompenserer gjennom atypisk atferdsmønster. Det krever høy grad av kompetanse for å møte barna og deres nærpersoner og kunne bistå slik at riktig og god medisinsk behandling gis, vernepleiere har en sentral kompetanse som ivaretar dette. Denne kompetansen finnes i liten grad på somatiske avdelinger slik det er i dag, med unntak av i barnehabiliteringen.²⁶

Det anbefales å arbeide for å øke antall stillinger innenfor helsetjenestene der det er krav til helse- og sosialfaglig kompetanse med særlig kunnskap om helseutfordringer til barn med funksjonsnedsettelse. Dessuten å stille krav til familiesentrert omsorg på avdelinger der barn er innlagt på somatiske sykehus, samt sikre at de somatiske avdelingene har den nødvendige tverrfaglige kompetansen til å ivareta de sammensatte behovene barn med funksjonsnedsettelse har. Vi har forventninger til ordningen med barnekoordinator, men tenker at den har muligheter for videreutvikling.

Barnevern og psykisk helse

Utfordringene i samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsetjenester blir satt på spissen når barn og ungdom som bor på barnevernsinstitusjon trenger hjelp. Som regel er det barn og ungdom som må tilpasse seg systemet som skal hjelpe. Barna og ungdommene trenger trygghet, rammer omsorg og behandling, og veldig ofte individuelle skreddersydde tiltak. Det er et stort behov for at hjelpetjenestene i mye større grad enn i dag jobber sammen for å finne de skreddersydde tiltakene til barna og ungdommene med de største utfordringene. Etter FOs syn er det et behov for å styrke samarbeidet og forankre en forpliktelse til felles ansvar mellom barnevern og psykisk helse. Videre er det behov for å avklare ansvar for hvilke psykiske helseutfordringer en barnevernsinstitusjon skal løse og hva psykisk helsetjenester skal gjøre. Det er også nødvendig å utarbeide en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten, barnevernet og øvrige kommunale tjenester. Vi vil samtidig understreke at disse klargjøringene ikke handler om at tjenestene skal arbeide hver for seg, men at de er

²⁴ [Eldre med rusmiddelproblemer. Alderstilpasset utredning, tilrettelagte tiltak og spesifikk kompetanse.pdf](#)

²⁵ <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsetilbud-til-ungdom-og-unge-voksne>, http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2014/03/Helse_pa_barns_premisser.pdf

²⁶ <https://sykepleien.no/2021/09/8-av-10-barneavdelinger-har-fa-barnesykepleiere>.

nødvendige tydeliggjøringer for å legge grunnlag for et bedre og tettere samarbeid rundt den enkelte.

Både psykisk helsevesen og barnevernstjenestene må rustes opp med ressurser og rett kompetanse. Det er behov for å utvikle tverrfaglige sammensatte tiltak med felles ansvar, som eksplisitt har psykisk syke barn og unge under offentlig omsorg som sin målgruppe. FO setter spørsmålsteget ved om det i dag er tilstrekkelig tilgjengelighet, kompetanse og nødvendige juridiske rammer for en slik virksomhet, jf Helsetilsynets rapport²⁷ fra 2019. Det er nødvendig å sikre stabile institusjonsplasser med riktig og tilstrekkelig kompetanse, hvor barnet kan bo så lenge det har behov både innenfor psykisk helse og barnevernet.

FO ønsker å understreke alvoret og behovet for å sette utfordringene høyt på dagsorden. Dette er som kjent ikke en ny problemstilling. Barnevernslovutvalget ba i sin NOU (2016:16) om en barnevernhelsereform med fokus på psykisk helse. FO støttet anbefalingen den gangen. Flere tiltak²⁸ er iverksatt, men en helhetlig gjennomgang knyttet til utfordringene er ikke gjennomført foreløpig

Dagens institusjoner Lunde behandlingssenter og Bodø behandlingssenter er viktige tilbud. De tar imidlertid ikke imot ungdom mot deres vilje. Opphold der krever at ungdommen er motivert. De er plassert etter § 4-12, men kan også ha § 4-24/§ 4-26, men kan ikke kun være plassert på tvangshjemlene. Etter vårt syn må derfor helsetilsynets konklusjon²⁹ om at man ikke har tilbud til de barna med de aller største psykiske helseutfordringene tas på alvor. Deres anbefalinger, blant annet om at det er behov for en egen lov, må vurderes grundig. Vi støtter Helsetilsynet i at det er nødvendig å se på rammene for behandlingsforløp som er rettet mot barn og unge med særlig komplekse utfordringer. De stiller spørsmål om det er mulig å få til reelt endringsarbeid når forløpet er begrenset til 9-12 måneder. For at disse barna skal kunne profittere på endringsarbeid, er det nødvendig at deres behov for, og ønske om, stabilitet og kontinuitet i omsorgen blir møtt, noe som dagens tilbud ofte ikke gjør³⁰. Institusjonene har ofte ikke kompetanse eller bemanning for å kunne ivareta de aller dårligst fungerende ungdommene. Ofte går det utover andre ungdommer på institusjonen og de får heller ikke et godt nok tilbud. Det må vurderes om det er behov for å ha institusjonsplasser med riktig og tilstrekkelig kompetanse, hvor barnet kan bo så lenge det har behov for det.

Lunde behandlingssenter og Bodø behandlingssenter jobber etter to ulike lover. Det vil være viktig å undersøke hvordan dette fungerer, og hvilke betingelser som ligger til grunn når det fungerer godt. Etter vårt syn er dette viktig å undersøke mht om og hvordan man får til god hjelp etter begge lovverk, knyttet både til samordning og skreddersøm. Vi mener det også er viktig å undersøke hvordan oppfølgingen av ungdommen fungerer etter oppholdet. Gode overganger og god oppfølging videre er nødvendig for at oppholdet også skal være vellykket på sikt. Vi får tilbakemeldinger fra tillitsvalgte at det ved behandlingsinstitusjonene generelt kan være en utfordring å få til god oppfølging i etterkant av opphold.

Noe annet som vil være viktig å undersøke er hvordan man organiserer seg rundt ungdommene. Ut fra tilbakemeldinger vi har fått kan det synes et behov for også å se nærmere på hvordan man ivaretar og styrker det helhetlige ansvaret rundt barnet i møte med samarbeidspartnere. Eksempelvis har ansatte hver sine oppgaver hvor en har oppfølging mht skole, en har helse, en har familie osv. Et eksempel vi har fått

²⁷ https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2019/helsetilsynetrapport9_2019.pdf

²⁸ Blant annet Lunde behandlingssenter og Bodø behandlingssenter, helsekartlegging og lovendringer knyttet til samhandling

²⁹ https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2019/helsetilsynetrapport9_2019.pdf

³⁰ <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/brev-og-horingsuttalelser-fra-statens-helsetilsyn/2019/forslag-til-ny-barnevernslov---horingsuttalelse/>

tilbakemelding om er 11 voksne som er med fast i møtene. Det betyr mange involverte med særkunnskap på eget felt og mange å forholde seg til på møter for ungdommen og samarbeidspartner. Hvordan sikres brukermedvirkning slik at stemmen til ungdommen blir hørt?

FO mener det vil være viktig å sikre psykisk helsekompetanse er tilgjengelig for institusjonene, enten at de innehar dette selv eller at dette sikres gjennom systematisk samarbeid med psykiske helsetjenester. Det er viktig at også av den psykiske helsen blir en del av et helhetlig tilbud i institusjon, også akuttinstitusjoner. Den psykiske helsen er ikke adskilt fra funksjonen i hverdagen, skole, søvn, osv, men henger tett sammen med det miljøterapeutiske arbeidet. Vi får tilbakemelding om at det finnes noe tilbud i dag, men at dette ikke er godt nok eller systematisk nok. Det er en utfordring at hjelpeapparatet rundt ungdom er for silobasert, for lite tverrfaglig og for lite tverretattlig. I praksis er det ungdommene som i for stor grad må forholde seg til ulike faglige enheter/tilbud. Disse henger ofte ikke sammen, samhandler heller ikke godt og fungerer ikke som en tverrfaglig oppfølging ut fra de sammensatte behov det enkelte barn/ungdom har. Vi har fått tilbakemeldinger om at dette kommer enda tydeligere frem i akuttinstitusjoner.

Vold og trusler

Helse- og sosialarbeidere som jobber med pasienter/brukere i utsatte posisjoner, utsettes for mye vold og trusler i sin arbeidshverdag. Det er derfor vesentlig at det finnes gode systemer- og rutiner for å fange det opp dersom det oppstår fysiske og/eller psykiske skader som resultat av vold/trusler/uønska seksuell oppmerksomhet. Hvert tjenestested må ha gode rutiner for avviksmeldinger, trening på faglig forsvarlige vergeteknikker, debrief-samtaler og andre tiltak som skal både forebygge vold/trusler/uønska seksuell oppmerksomhet, og ivareta ansatte som blir utsatt for denne typen atferd. Mange tjenestesteder har slike ordninger i dag. Spørsmålet er om ordningene er gode nok, og om alt av uønska hendelser blir rapportert og behandlet på en god, og faglig forsvarlig måte som ivaretar både pasient/bruker og de ansatte.

Å være en varsler kan være en stor belastning³¹. Helsetjenestene i kommunene, helseforetakene og de private helsetjenestetilbyderne må derfor jobbe mot stor åpenhet om avvik og legge til rette for avviksrapportering. Det må sikres at det er- eller arbeides mot en arbeidskultur hvor det er en selvfølge at det varsles om kritikkverdige-, uforsvarlige- eller ulovlige forhold. Avvik som rapporteres inn, må følges opp, og tiltak må iverksettes der det er nødvendig.

Med vennlig hilsen

Mimmi Kvisvik
Forbundsleder

Andreas Pedersen Kikvik
Rådgiver

Maria Strømman Berteig
Rådgiver

³¹ [FO-Kathrine ledet debatt om systemkritikk og ytringsfrihet - FO - Din fagforening](#)
[Varslet om ulovlige helsekjøp – har fryktet for egen sikkerhet – NRK Sørlandet – Lokale nyheter, TV og radio](#)