

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep.  
0030 OSLO

Deres referanse  
16/2766

Vår referanse  
15/00344-34

Vår dato  
15.09.2016

## Hørings svar - oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

Fellesorganisasjonen (FO) er fagforeningen og profesjonsforbundet for over 27 000 barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Mange av våre medlemmer arbeider innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester.

FO kommenterer følgende kapitler i høringsnotatet:

- 3.2 Lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- 3.3 Lovfesting av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten.
- 3.4 Krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- 3.5 Tydeliggjøring av ansvaret for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- 3.6 Tydeliggjøring av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.
- 4 Etablering av forsøksordning hvor større kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsykiatriske sentre (DPS).
- 5 Overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen.
- 7 Tydeliggjøring av kommunens plikt til psykososial beredskap og oppfølging.

### Kommentarer til 3.2 Lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

**FO mener at helse- og sosialfaglige profesjoners kompetanse er avgjørende for å sikre faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Dersom stortinget vedtar en liste over kjernekompetanse må også sosionomers og vernepleieres kompetanse lovfestes som kjernekompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester.**

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

Prinsipielt mener FO at en lovfestet liste over profesjoner som kommunen skal ha knyttet til seg vil virke mot sin hensikt. For å sikre tverrfaglighet, og faglig forsvarlighet trenger kommunene et bredt sammensatt personell. En lovfesting, slik det foreslås i høringsnotatet vil umiddelbart virke mot sin hensikt fordi noen grupper faller utenfor, og på sikt vil det føre til at de lovfestede profesjonene blir prioriterte ved nyansettelser i kommunene. Dersom det blir vedtatt en slik liste må det sørges for at de sosialfaglige profesjonene også inkluderes.

FO har i dette høringssvaret prioritert å foreslå lovfesting av kun to av de viktige sosialfaglige gruppene. Det finnes mange grunner til å også foreslå at barnevernspedagoger skal anses som kjernekompetanse, for eksempel innenfor alle områder i kommunen som har tjenester rettet mot barn og unge. Det er en vekst i antallet barn og familier som får barnevernspedagogisk hjelp fra kommunale helse- og omsorgstjenester, men vi har likevel ikke foreslått barnevernspedagoger som lovfestet kompetanse innenfor helse- og omsorgstjenesteloven. Årsaken til dette er at kommunene har organisert dette på svært ulikt vis. Mange av de aktuelle tjenestene er hjemlet i andre lover, og FO mener at dersom det skal innføres en liste over kjernekompetanse i helse- og omsorgstjenesteloven så må det samme gjøres innenfor barnevernsloven, NAV, og ikke minst i spesialisthelsetjenesten – for å nevne noen.

*Meld. St. 26 (2014-15) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* ønsker at pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. De kommunale helse- og omsorgstjenestene er grunnmuren for å sikre nærhet og helhetlige tjenester. Brukernes behov skal være avgjørende for organiseringen av tjenestetilbudet, samtidig som utfordringsbildet tilsier flere brukere med komplekse og langvarige behov for tjenester. Dette stiller stadig større og nye krav til kompetanse, også i hjemmetjenestene. Høringsnotatet vektlegger at «[d]et er ikke lenger tilstrekkelig med hjemmesykepleie for mange av brukerne. De har behov for mer legetjenester, mer fysioterapi og ofte også annen helse- og sosialfaglig kompetanse i tillegg til sykepleie».

Behovet for tverrfaglig sammensatt kompetanse i kommunene trekkes frem, men til tross for det blir lovfesting foreslått bare for noen helsepersonellgrupper. FO stiller seg for eksempel undrende til at en stor gruppe som helsefagarbeidere ikke er med. FO mener at dette ikke samsvarer med at høringsnotatet beskriver brukernes behov som avgjørende for kompetansekrav, og kommunenes ansvar for å gi nødvendige, faglig forsvarlige tjenester. Vi mener departementet må vektlegge rett kompetanse til den enkelte brukers behov og ikke skille mellom lovfestede og ikke lovfestede profesjoner. FO mener dette strider mot overordnende intensjoner i meldingen.

FO er svært bekymret for økende bruk av et snevrere helsebegrep enn det som er intensjonen og definisjonen av kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi opplever i stadig flere sammenhenger at begrepet helsetjenester benyttes. Det sosialfaglige perspektivet i tjenestene forsvinner ved denne benevnelsen. Det er viktig å huske at store deler av tidligere lov om sosiale tjenester nå er hjemlet i lov om helse- og omsorgstjenester, og FO mener det er feil å bruke et slikt begrep, som avgrenser tjenestene til «rene» helsetjenester.

FO opplever dessverre at kommuner som er presset på økonomi prioriterer lovbestemte krav til drift og bemanning, og nedprioriterer ikke lovpålagte tjenester, inkludert personell med annen kompetanse enn det som er hjemlet i lov.

Lovfesting av kjernekompetanse er med på å rangere ulike profesjoner. Helsefaglige profesjoner settes opp mot sosialfaglige profesjonene på en måte som kan være svært uheldig. FO mener det er fare for at kommunene prioriterer profesjoner som er hjemlet som kjernekompetanse, mens profesjoner med annen, nødvendig kompetanse blir nedprioritert. Dersom sosialfaglig kompetanse og profesjoner blir nedprioritert mener vi det blir umulig for kommunene å nå målene i meldingen om bredde i kompetanse for å møte brukere med behov for omfattende og sammensatte tjenester, og det kan føre til redusert kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

### **Kommunene trenger helse- OG sosialfaglig kompetanse**

Kommunens ansvar er i helse- og omsorgstjenesteloven regulert som et overordnet «sørge for-ansvar». Loven pålegger kommunen å utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven. Loven inneholder regler om vilkår og saksbehandling ved behov for bruk av tvang og makt i tjenestene til personer med utviklingshemning. 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.

I Omsorg 2020<sup>1</sup>, regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020, heter det at «[f]or å sikre bærekraftige og gode tjenester, er det behov for faglig omstilling og en heving av det faglige nivået i helse- og omsorgstjenesten, blant annet ved å øke andelen personell med helse- og sosialfagligutdanning, skape større faglig bredde, med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglig samarbeid». Dette betyr at kommunene skal, blant annet, satse på – og øke andelen med en sosialfaglig bakgrunn.

I Kompetanseløft 2020<sup>2</sup> sier regjeringen at det må sikres god rekruttering og stabil bemanning med helse- og sosialfaglig personell.

I Prop. 15 S (2015-2016), opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)<sup>3</sup> står det om kompetansebehovene på rusfeltet (s. 30):

---

1

[https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf)

<sup>2</sup> <http://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2016/Dokumenter1/Fagdepartementenes-proposisjoner/Helse--og-omsorgsdepartementet-HOD/Prop-1-S-/Del-3-Omtale-av-sarlige-tema-/10-Kompetanseloft-2020-/>

3

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>

«Bredden og de ulike behovene på feltet krever et vidt spekter av kompetanse – tverrfaglighet. Blant annet er det behov for sosial faglig kompetanse. Det er også behov for sosialfaglig kompetanse. Sosialfaglige hensyn er bl.a. knyttet til sosial trygghet, likestilling og likeverd, forebygging av sosiale problemer og styrking av sosiale relasjoner. Personer med rusproblemer er en av brukergruppene som særlig har behov for denne kompetansen.»

Meld. St. 26 (2014-2015), Fremtidens primærhelsetjeneste<sup>4</sup>, vektlegger rehabilitering, men med et ensidig blikk på den fysiske og somatiske delen av rehabiliteringsarbeidet. Feltet habilitering/rehabilitering omfatter arbeid knyttet til brukeres psykiske helse, sosiale liv og særlig viktig er det med faglig innsats overfor personer med kognitive og sammensatte vansker. Rehabilitering, slik det defineres i andre sammenhenger (for eksempel i forskrift om habilitering og rehabilitering) har en mye videre definisjon, og omfatter habilitering og sosial og psykososial rehabilitering. Dette omfatter blant annet arbeid knyttet til brukeres psykiske helse og sosiale liv og aktiviteter. Mange av brukerne har både fysisk og kognitiv nedsatt funksjonsevne og sammensatte behov for tjenester gjennom hele livet. Forsvarlige habiliterings- og rehabiliteringstjenester forutsetter helse- og sosialfaglig kompetanse.

Alle brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester har rett til forsvarlige tjenester uavhengig av hvordan kommunene har valgt å organisere og vektlegge kompetanse i tjenestene. Kommunene må sikre at brukernes rettigheter blir ivaretatt. En viktig forutsetning for forsvarlige tjenester er tilstrekkelig helse- og sosialfaglig kompetanse.

For å få bukt med sosiale ulikheter i helse og levekår må det arbeides bredt. FO vil påpeke at en tverrfaglig tilnærming i arbeidet er vesentlig. Folkehelsens utfordringer løses ikke kun ved hjelp av helsefaglig personell. Helsefaglig og sosialfaglig kompetanse må aktivt tas i bruk sammen med andre profesjoners kompetanse. Bare slik kan vi få til et helhetlig arbeid som sikrer fremtidens gode og rettferdige folkehelse.

### **Brukergruppene innenfor helse- og omsorgstjenesten**

En rapport<sup>5</sup> om hjemmetjenesten sine målgrupper og organisering viser at hjemmetjenestene, som ofte er omtalt som eldreomsorg, er langt mer enn som så. 45 % av virksomhetene i hjemmetjenesten er rettet mot personer med utviklingshemning. Videre utgjør virksomheter rettet mot personer med psykiske lidelser om lag 15 %, og virksomheter rettet mot personer med ruslidelser 8 %.

Dersom vi ser på diagnosene til personer som mottar hjelp i kommunenes helse- og omsorgstjenester så er en stor del av diagnosene rusrelaterte, psykiske lidelser og psykisk utviklingshemning. IPLOS registeret har ikke en

---

4

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

<sup>5</sup> [https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/262401?\\_ts=154043a0198](https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/262401?_ts=154043a0198)

uttømmende databank, men tallene derifra viser at av 73 000 personer med diagnoseopplysninger så har<sup>6</sup>:

- 21 700 psykiske lidelser og/eller ruslidelser (30 %)
- 10 670 psykisk utviklingshemming (15 %)

Dette krever at kommunene har nødvendig kompetanse til å møte bredden og kompleksiteten i de behov brukerne har – og her er for eksempel sosial- og spesialpedagogisk kompetanse grunnleggende viktig.

### Konklusjon

Helse- og sosialfaglige profesjoners kompetanse er avgjørende for å sikre formålet i helse- og omsorgstjenesteloven og faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Loven rommer mye mer enn «helse», og derfor blir en liste over kjernekompetanse som ikke involverer sosionomer og vernepleiere både historieløst og faglig feil.

Høringsnotatet (kapittel 3.2.4.6) begrunner behovet for sosialfaglig kompetanse godt. FO kan ikke se begrunnelser for hvorfor ikke sosial- og vernepleiefaglig kompetanse sikres ved lovfesting på lik linje med de foreslåtte profesjonene.

**FO mener at dersom Stortinget lovfester noen profesjoner i kommunale helse- og omsorgstjenester, så må sosionomer og vernepleiere inngå i slik lovfesting.**

**FO foreslår at ordlyden til § 3-2 bør være:**

*For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesøster, ergoterapeut, psykolog, sosionom, vernepleier, tannlege, tannpleier og helsefagarbeider.*

### Kommentarer til

### **3.3 Lovfesting av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten**

Som poengtert over er det en stor fare for at de sosialfaglige perspektivene usynliggjøres når det konsekvent blir referert til helsetjenester og helsepersonell. § 3 i helsepersonelloven definerer hva som regnes som helsepersonell, men for at det skal tydeliggjøres at vi ikke kun snakker om helsefaglige profesjoner bør det stå «helse- og sosialfaglig personell». Dette må på sikt innarbeides i helsepersonelloven. § 5-11 i forslaget til endring i helse- og omsorgstjenesteloven bør lyde:

*Helse- og sosialfaglig personell som yter tjenester omfattet av loven her, skal gi spesialisthelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om*

<sup>6</sup>

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1028/Diagnosestatistikk%20for%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.%20Data%20fra%20IPLOS-registeret.%20IS-0511.pdf>

*helse- og sosialfaglige forhold som er påkrevet for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.*

Dette for å synliggjøre og å ansvarliggjøre alle profesjoner som er i kontakt med bruker/pasient, for å sikre at bruker/pasient får den beste tjenesten. Samtidig vil dette også sikre at tverrfaglig samarbeid må ligge til grunn for veiledning som skal ytes. På sikt må det sikres at denne ordlyden blir gjort gjennomgående på aktuelle steder i lovverket som omhandler primær- og spesialisthelsetjenestene, ikke minst helsepersonelloven.

#### **Kommentarer til**

### **3.4 Krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten**

Når det gjelder krav til ledelse i kommunale helse- og omsorgstjenester viser vi til vårt hørings svar datert 26.01.16<sup>7</sup>.

FO mener høringsnotatet ikke er tydelig nok når det gjelder krav til god ledelse. Vi støtter i hovedsak endringsforslaget og krav til styringssystem, men savner vektlegging av ledelse som særlig fagkompetanse. God ledelse er avgjørende for god styring og intern kontroll i tjenestene. FO mener det også må være krav til at mellomledere/førstelinjeledere har reell fagkompetanse knyttet til tjenestene de skal lede. En forståelse for faget som utøves er grunnleggende viktig for god ledelse.

#### **Kommentarer til**

### **3.5 Tydeliggjøring av ansvaret for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten**

FO støtter forslaget til lovendring. En tydeliggjøring vil være viktig for å sikre et helhetlig behandlingsløp. Pasienter og brukere har en lovfestet rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, til tross for dette opplever flere brukere og pasienter at denne retten ikke blir tatt på alvor av behandlerne. Brukerne bidrar til å definere sin helsesituasjon, og i samtaler med for eksempel sosionom kan det bli tydeligere hvordan sykdom og skade virker inn på ulike livsarenaer i de sosial nettverkene. Denne kartleggingen kan avklare utfordringer og mestring av sykdom, og bidra til tilrettelegging for gode leveår og forståelse av særlige behov.

Pårørende kan være en ressurs og en aktiv part i pasientens behandlingsnettverk, samtidig som pårørende kan ha egne belastninger og behandlingsbehov. Pårørende med belastninger, plager og bekymringer knyttet

---

<sup>7</sup> <https://www.fo.no/getfile.php/1328607/H%C3%B8ringssvar%20-%20Forskrift%20om%20styringssystem%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf>

til en pasient med både somatiske og psykiske problemer kan selv ha behov for veiledning, råd eller opplæring. Hos pårørende med egne behandlingsbehov, vet vi at det er en høyere forekomst av psykiske og fysiske plager. Denne gruppen må derfor bli selvstendig vurdert med tanke på egne behandlingsbehov.

Pårørende må vurderes med hensyn til ulike roller, og spesielt må barn som pårørende ivaretas ut fra egne behov. Det innebærer blant annet at når begrepet pårørende blir brukt om barn, skal ikke barn ivareta foreldrenes behov, men forbli i rollen som barn og møtes på de behovene barn har.

#### Kommentarer til

### **3.6 Tydeliggjøring av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep**

FO mener forslaget om å tydeliggjøre ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep i bestemmelsene er svært viktig. Det er et klart krav til virksomhetens ansvar og at dette ikke kan delegeres videre. Samtidig er det viktig å tydeliggjøre ansvar også på individnivå. Hvordan varslingsmulighet og -plikt på ulike nivåer skal ivaretas må være tydelig.

#### Kommentarer til

### **4 Etablering av forsøksordning hvor større kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsikiatriske sentre (DPS)**

FO er kritisk til å overføre deler av spesialisttjenesten (DPS) til kommunene. Vi ser at det kan innebære at pasienter opplever et mer helhetlig tilbud og bedre samordning mellom kommune og DPS. Vi er imidlertid bekymret for at dette kan føre til større ulikhet og mindre likeverdige tjenester. FO er usikker på om en kommunal helsetjeneste kan gi forsvarlige spesialisthelsetjenester. Vi mener kommunale prioriteringer kan føre til at økonomi og ressurser blir svekket på sikt.

FO mener videre det er fare for at faglig utvikling blir mer tilfeldig fordi fagmiljøene blir mer fragmentert. Vi stiller også spørsmål ved om forskning vil bli prioritert dersom kommunene har ansvar. Lovverket som hjemler tjenestene i kommunene og spesialisthelsetjenestene er delvis ulikt og dette må eventuelt sikres. FO er også bekymret for konsekvenser for nødvendig samarbeid mellom somatiske og rusbehandlende spesialisthelsetjenester og psykisk helsevern.

#### Kommentarer til

### **5 Overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen**

Dagens rettigheter knyttet til enkelte gruppers rett til vederlagsfri tannhelsebehandling, for eksempel barn, utviklingshemmede, og bestemte

grupper av eldre, uførelangtidspasienter i institusjonsbehandling er foreslått endret og hjemlet i helse- og omsorgslovgivningen.

Høringsnotatet beskriver dette som en innskjerping i taushetsplikten for ansatte som ikke er definert som helsepersonell. FO er positiv til endringen og mener at det kan bidra til økt rettsikkerhet for pasientene.

FO støtter også de foreslåtte endringene i pasient- og brukerrettighetsloven og i helse- og omsorgstjenesteloven som en tilpasning til retten til individuell plan. Dette styrker rettigheten, særlig overfor gruppen med komplekse bistandsbehov.

#### **Kommentarer til**

### **7 Tydeliggjøring av kommunens plikt til psykososial beredskap og oppfølging**

FO støtter forslaget til lovendring for å tydeliggjøre plikten til kommunene når det gjelder psykososial beredskap og oppfølging. Vi er enig i at kommunene selv må avgjøre hvordan beredskapen skal ivaretas, men vi mener det bør fremgå i forskrift at kommunen til enhver tid skal ha planer klare for psykososial beredskap og oppfølging, og hvem og hvilke profesjoner som skal inngå i dette arbeidet. FO mener det er viktig å få med at beredskapen må inneholde profesjoner med både sosial-, helse- og psykologfaglig bakgrunn.

Med vennlig hilsen

*Sign*

Mimmi Kvisvik  
Forbundsleder

*Sign*

Andreas Pedersen Kikvik  
Rådgiver