

Høring: NOU 2023: 4 Tid for handling.

Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

A-larm er en bruker- og pårørende organisasjon på rusfeltet med hovedkontor i Kristiansand. Organisasjonen ble stiftet i 1995 og vi har tilbud for brukere og pårørende over hele landet. Kjernevirksomheten er lavterskeltilbud, likepersonarbeid og brukerrepresentasjon. Gjennom vårt arbeid treffer vi mange brukere og pårørende som mottar tjenester fra ansatte i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Vi har til enhver tid hatt ansatt mellom 100 og 150 personer, for mange av disse er jobben i A-larm starten på en karriere som erfaringskonsulent eller første steget mot en helserelatert utdanning. Vi fungerer som et supplement til det offentlige hvor lavterskel tilbudet avlaster kommunale tjenester, og våre prosjekter er i samarbeid med 1 og 2 linje. Vi ønsker derfor å komme med innspill til NOU 2023:4 Tid for handling.

Innledning:

Helsepersonellkommissjonen beskriver en gjenkjennbar virkelighet for oss som bruker- og Pårørendeorganisasjon. Det mangler i dag kvalifisert helsepersonell mange steder, og utfordringene blir større i fremtiden. Vi er enig med helsepersonellkommissjonen om at å rekruttere helsepersonell fra utlandet er en lite bærekraftig tilnærming fremover. Vi er også enig med konklusjonen fra utredningen om at de største utfordringene ikke er antall ansatte i helsesektoren. NOU- 2023:4 peker på at Norge er det landet med flest antall ansatte pr innbygger og ligger på toppen på bruk av offentlige midler til helsevesenet av alle land i Europa. Dette er en vekst som ikke er bærekraftig fremover da andelen av befolkningen som er i arbeid vil reduseres, vil vi få færre hender som skal yte helse- og omsorgstjenester til flere. Vi støtter derfor helsepersonellkommissjonens forståelse av at løsningen på fremtidens utfordringer ikke er noe vi kan bevilge oss, eller ansette oss bort fra, vi må organisere tjenestene bedre og arbeide mer effektivt.

NOU 2023:4 fra et organisasjonsperspektiv.

Våre medlemmer er brukere som har eller har hatt utfordringer med rus og deres pårørende, de har en ting til felles med resten av den norske befolkningen; De bor i en kommune, og det er der de skal leve livet sitt. Mange mottar helsehjelp fra

spesialisthelsetjenesten og kommunen samtidig, eksempelvis døgnbehandling via spesialisthelsetjenesten og polikliniske samtaler i kommunen.

I NOU bemerkes det: «*Pasienter med tjenestebehov fra forskjellige nivå er utsatte, og tjenesteflyten kan stoppe opp. Det dreier seg ofte om sårbare grupper som skrøpelige eldre, kronikere og pasienter med psykiske lidelser*» (s.16). Siden ruslidelser ikke omtales, vil vi gjerne påpeke: Brukerplan peker på at personer med samtidig rus- og psykiske lidelser mottar mellom 6 og 10 tjenester fra NAV, kommune og spesialisthelsetjenesten i snitt. Brukere med best levekår har «bare» tjenester fra 6 ulike instanser (Hustvedt et al., 2020, s. 38). Til tross for et stort antall hjelpere viser kartlegginger og rapporter at vi svikter i overgangene, tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling er ikke god nok. Samhandlingen mellom ulike nivå, tjenester og brukere svikter. Disse glippsonene er ressurskrevende for helse og omsorgstjenestene, og påfører våre brukere unødig lidelse og helsetap.

Organisering av helsetjenestene, forløpsproblematikk og behovsframskrivinger

I utgangspunktet synes vi tanken om å utrede organisering av helsetjenestene i et nivå (127) høres forlokkende ut for vår brukergruppe. Bakgrunnen er forløpsproblematikk og glippsoner. Vi har erfart at det som ofte fungerer sømløst i somatikken, ender opp med å bli søvnløst for våre brukere og deres pårørende. Vi klarer ikke skape trygge forløp fra hjem til hjem, imidlertid tror vi ikke dette bedres av enda en utredning. Isteden bør kommuner og fastleger få større innflytelse over pasientforløpene, i alle fall innen psykisk helse og rusfeltet. Vurderingsenheter er et eksempel på at definisjonsmakten sitter i sykehusstrukturen. Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten som befinner seg langt fra pasienten definerer hva pasienten trenger og uten å snakke med pasient eller fastlege kan de overprøve fastlegens vurdering. Vi mener at den største utfordringen er at spesialisthelsetjenesten her sitter med en definisjonsmakt og skyver oppgaver ut til kommunene. I mange tilfeller mangler kommunens ansatte både ressurser og kompetanse til å utføre oppgavene de blir tildelt, noe som videre fører til at pasienten ikke får det han eller hun har behov for.

Siden svært mye av døgnbehandlingen innenfor rusbehandling skjer hos private ideelle er vi også bekymret for hva endringen av finansiering av døgnplasser som trer i kraft 2023 vil bety fremover. Når HF må finansiere reelt forbruk kan det medføre mer oppbygging av en dyrere døgnkapasitet hos HF, og mer bruk av egne polikliniske

tilbud. Som tidligere nevnt HF definerer hva pasienten trenger gjennom egne vurderingsenheter vi tror dette på sikt vil kunne bety en enda større dreining mot polikliniske tjenester enn de 6 % nedgang i døgn som utredningen peker på (s. 41). Det kan og nevnes at det forventes en stor økning i eldre med alkoholproblemer de neste årene, som igjen vil medføre økt press på TSB i spesialisthelsetjenesten samt rus og psykisk helse tjenestene i kommunen.

Erfaringskompetanse og brukerorganisasjoners rolle i fremtiden

Vi stiller oss undrende til at helsepersonellkommisjonen har plassert erfaringskonsulenter på linje med frivillighet og likepersonsarbeid i pyramiden over helsepersonell (s.32). Vi mener det vitner om liten kunnskap om rollen en erfaringskonulent har som ansatt. Plasseringen er i beste fall merkelig, i verste fall viser den et menneskesyn ansettelsen av personer med egenerfaring skulle endre. Som ansatte er erfaringskonsulentene en del av tjenestene, ikke en del av frivilligheten.

Det er også grunn til å kommentere følgende: *«For brukeren kan erfaringskompetanse bidra til bedring av egen psykiske helse, styrke opplevelsen av håp, myndiggjøring og livskvalitet. For erfaringskonsulenten kan arbeidet gi en helseeffekt i form av økt selvfølelse og følelsen av å være til nytte» (s.152).* Selv om intensjonen kanskje er god er det merkelig at vi omtaler ansatte i tjenesten slik. Ville vi sagt vi må ansette leger, sykepleiere og psykologer fordi de trenger å føle seg nyttige?

Vi synes det er fint at helsepersonellkommisjonen løfter opp frivillig sektors og brukerorganisasjoner bidrag inn helse og omsorgstjenestene og vektlegger likepersonsarbeid som et viktig supplement (s. 124). I N0U 2023:4 står det: *«Helsepersonellkommisjonen vurderer at helse- og omsorgstjenestene i større grad bør involvere brukerne i arbeidet med pasientforløp og utvikling av helse- og omsorgstjenestene, i tillegg til å bruke tjenester i regi av brukerorganisasjonene»* (s.150). Videre står det: *«De frivillige brukerorganisasjonene utgjør et stort potensial og bør kunne ha en mer formalisert rolle i tjenesteutvikling og tjenesteleveranse i sykehus og kommuner».* Et tiltak som tenkes overført til organisasjoner knyttes til opplæring og økt helsekompetanse på befolknings- gruppe og individnivå. Dette er oppgaver hjemlet i HOL og spesialisthelsetjenesteloven. Det kan være utfordrende å skyve lovpålagte oppgaver over på helsefrivillighet og brukerorganisasjoner. Derfor

støttes en utredning. Det er også grunn til å påpeke at tilgangen på frivillighet og brukerrepresentanter varierer veldig på landsbasis. Vi støtter derfor en utredning knyttet til hvordan vi skal og kan utnytte potensialet til frivillige brukerorganisasjoner i fremtiden. En av bekymringene er knyttet til rollen organisasjoner skal ha som et talerør for pasienter og pårørende, samtidig som de skal levere tjenester på vegne av de offentlige. Dette er to motsetningsforhold som kan komme i konflikt. Videre er vi bekymret for det juridiske knyttet til pasient og brukerrettighetsloven.

I A-larm har vi tilbud til alt fra unge under 18 til pensjonister. Utfordringen vår er usikre rammebetingelser, knapphet på ressurser og en høy grad av turnover i stillingene våre. For mange av våre ansatte er jobben i A-larm den første jobben de får, og etter hvert søker de seg inn i ordinært arbeid, mange velger også enten å bli erfaringskonsulenter eller tar en helsefaglig utdanning.

Behovet for mer brukermedvirkning i kommunene.

Ettersom kravene til brukermedvirkning stadig øker, savner vi en plan på hvordan dette behovet skal imøtekommes i tiden som kommer. Vi opplever at det vokser frem en enighet om å øke andelen av brukermedvirkere, samtidig legger kommunene i for liten grad ned tid og ressurser for å løse dette.

Vår erfaring tilsier at det er store kommunale forskjeller på hvordan og i hvilken grad kommunene etterspør brukerrepresentasjon eller stimulerer til rekruttering av brukerrepresentanter.

Avslutningsvis vil vi påpeke: Vår organisasjon har 40 brukerrepresentanter, over 100 ansatte likepersoner, og et enda større antall frivillige. Økt grad av bruk av frivilligheten til å supplere kommuner og tjenester på ulike områder forutsetter at organisasjoner gis mulighet til å kvalitetssikre arbeidet, og ikke minst at organisasjonene gis forutsigbare rammebetingelser.

Mvh

Tommy Sjøfjell & Silje Gundersen