

Kvittering på innsendt hørings svar på Høring - NOU 2023: 4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

Høringens saksnummer: 23/92

Høring: Høring - NOU 2023: 4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

Levert: 05/02/2023 11:40:07

Svar type:

Jeg svarte som: Annen

Avsender: Likestillings- og diskrimineringsombudet

Kontaktperson: Thomas Jähren

Kontakt e-post: thomas.jahren@ldo.no

Hørings svar NOU 2023:4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

Likestillings- og diskrimineringsombudet viser til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 2. februar 2023, med frist 2. mai 2023.

Likestillings- og diskrimineringsombudet har som mandat å arbeide for likestilling og mot diskriminering på grunnlag av kjønn, graviditet, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og alder.

Ombudet har også tilsynsansvar med at norsk rett og forvaltningspraksis er i samsvar med de forpliktelsene Norge har etter FNs rasediskrimineringskonvensjon (CERD), FNs kvinnediskrimineringskonvensjon (CEDAW) og FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD).

NOU 2023:4 er en omfattende utredning som skal gi et bedre grunnlag for å foreslå og vurdere tiltak på vei mot en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste inn mot 2040.

1. Overordnede kommentarer

Ombudet har noen overordnede synspunkter til utvalgets mandat og utredningens innretning.

Statens plikt til å sikre menneskerettighetene Norge er bundet av, følger av Grunnloven:

Grunnlovens § 92

[s]tatens myndigheter skal respektere og sikre menneskerettighetene slik de er nedfelt i denne grunnlov og i for Norge bindende traktater om menneskerettigheter.

Fordi offentlige myndigheter skal respektere og sikre menneskerettighetene, må offentlige myndigheter, herunder utvalg, utrede hvilke krav rettighetene stiller på det området de utreder, og hvilke konsekvenser aktuelle endringer kan forventes å få etterlevelsen av menneskerettighetene.

For statlige myndigheter er utredningskravet spesifisert i utredningsinstruksen ([Utredningsinstruksen - regjeringen.no](#)). Det følger av Instruksen § 2-1 hvilke minimumskrav som stilles til utredning/ beslutningsrunnlaget, og i § 2-1 nr. 3 står det uttrykkelig at det skal vurderes hvilke prinsipielle spørsmål tiltakene reiser. Dette omfatter også forholdet til menneskerettighetene. Videre følger det av § 2-1 nr. 4 at det skal redegjøres for hva de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?

Det vi gjennomgående savner i denne utredningen er at det foretas en konkret vurdering av hvilke konsekvenser de aktuelle forslagene vil få for etterlevelsen av enkelte rettigheter som følger av FNs konvensjon for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), og rettigheter som følger av kvinnekonvensjonen (CEDAW).

Mandatet til NOU2023:4 Tid for handling nevner ikke noe om hverken menneskerettigheter, relevante konvensjoner eller likestillings- og diskrimineringsrettslige problemstillinger. Ombudet mener dette burde vært en naturlig del av mandatet.

Menneskerettigheter trekkes i utredningen flere ganger frem som viktig og en grunnbjelke i flere helsefaglige vurderinger. Samtidig er det viet svært liten plass til menneskerettigheter enkeltgrupper har når konkrete tiltak vurderes, og hvordan disse rettighetene påvirker eller påvirkes av tiltak utvalget foreslår i sin utredning. Eksempelvis er CRPD og funksjonshemmedes rettigheter etter likestillings- og diskrimineringsloven viet for liten plass i utredningen, og slik ombudet vurderer det får det en reell konsekvens for hvilke tiltak utvalget foreslår. Dette påpeker vi senere i høringssvaret.

Helse- og omsorgstjenester er kvinnedominert, både som arbeidsplass og hvis man ser på pårørende og pasienter. Likestilling og diskriminering burde derfor hatt en naturlig plass i flere av utredningens drøftingsdeler, særlig når det gjelder kjønn. Likestillingsutfordringer knyttet til kjønn problematiseres lite.

Likestillings- og diskrimineringslovens § 24 stiller krav om at offentlige myndigheter, herunder offentlige helse- og omsorgsinstitusjoner, *“skal i all sin virksomhet arbeide aktivt, målrettet og planmessig for å fremme likestilling og hindre diskriminering.”* Denne plikten innebærer utvikling av tjenester som tar høyde for behovene i hele befolkningen og krever aktivt arbeid med å identifisere barrierer for likeverdig behandling og årsakene bak disse. Likestillings- og diskrimineringsombudet erfarer at helse- og omsorgssektoren allerede i dag står ovenfor store utfordringer når det gjelder underbudsjettering og mangelfulle ressurser for å imøtekomme plikten. Ombudet anser det som en reell fare for at enkelte av tiltakene som er foreslått kan gjøre det enda vanskeligere for offentlig sektor å sørge for likeverdige tjenester til hele befolkningen.

1.2. Helsebegrepet

Utvalget velger et relativt snevert og «fattig» innhold i helsebegrepet. Helse blir i utredningen i praksis i stor grad redusert til ren medisinsk behandling, og utvalget fokuserer lite på andre faktorer som påvirker helse.

Å fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse havner delvis inn i vurderingen om hva som kan vurderes som overforbruk og unødvendige tjenester.

2. Arbeidsliv

2.1. Heltid og deltid

Utredningen peker på heltid og deltid, og vier dette god plass. Høy grad av deltid kan i seg selv være problematisk for likestilling, og spesielt ufrivillig deltid.

2.1.1. Ufrivillig deltid

Da arbeidsgivers aktivitets- og redegjøringsplikt, §26 i likestillings- og diskrimineringsloven, ble styrket 1.1.2020, så innebar en del av utvidelsen at arbeidsgiver annethvert år skal kartlegge for ufrivillig deltid. Ufrivillig deltid er en av en håndfull viktige indikatorer for den faktiske tilstanden for likestilling mellom kjønnene på en arbeidsplass som loven pålegger arbeidsgiver å kartlegge og redegjøre for. Ufrivillig deltid er konkret og detaljert beskrevet i forarbeidene til likestillings- og diskrimineringsloven (Prop. 63 L (2018-2019)): *«Med «ufrivillig deltidsarbeid» menes deltidsarbeid der stillingsinnehaveren ønsker og er tilgjengelig for å jobbe mer. Det å være «tilgjengelig for å jobbe mer» bør forstås vidt. En deltidsarbeider kan være tilgjengelig for å arbeide mer med en viss tilrettelegging (f.eks. fleksibel arbeidstid, alternative arbeidstidsordninger og/eller alternative arbeidsoppgaver).»*

Utvalget velger i sin drøfting av ufrivillig deltid i større grad å lene seg på «undersysselsatt» som faktagrunnlag. Utvalget legger samme definisjon som Sysselsettingsutvalget (NOU 2021: 2) til grunn, og definerer undersysselsatt som *«personer i deltidsjobb som aktivt har forsøkt å øke sin avtalte arbeidstid og som kan starte i høyere stilling i løpet av en måned».*

Undersysselsatt er en definisjon som omfatter færre arbeidstakere enn ufrivillig deltid. Ombudet mener ufrivillig deltid er et bedre egnet begrep. Ufrivillig deltid er en viktig indikator for likestilling, viser at problemet rammer en større gruppe arbeidstakere, og legger hovedansvaret for å utarbeide en løsning på arbeidsgiver. Behov for mer heltid

Deltid og heltid – Utredningen viser omfanget av deltid i helse- og omsorg, i tillegg til sammenhengene dette har med både for eksempel enkeltprofesjoner, kjønn og alder. Flere av tiltakene som foreslås er også gode. Samtidig mangler utredningen flere relevante drøftinger av årsakene til deltid. Vi vet at både forskjeller i yrkesvalg mellom kvinner og menn, arbeidstid i møte med familieliv og omsorgsoppgaver og det som omtales som det 3. skiftet kan påvirke spesielt kvinners ønske om å jobbe heltid eller deltid. For eksempel vil det i stor grad være «hun» som jobber skift, som tar en større del av omsorgsoppgavene for egen familie, og som også oftere er den som er pårørende. Kjønn problematiseres og drøftes for lite i utredningen.

2.2. Sykefravær

Utvalget viser til at helse og omsorgstjenestene har høyt sykefravær, både korttids-, langtidsfravær og tidlig uføre. Sykefraværet er også høyere blant kvinnene i helsesektoren enn blant mennene. Utredningen peker på flere mulige tiltak, blant annet knyttet til arbeidsbelastning, organisering av arbeid og arbeidstid. Samtidig er det viet liten plass til analyse av årsakene til kjønnsforskjeller i sykefravær. Kjønnsperspektivet er viet liten plass når utvalget vurderer sykefravær, årsaker til sykefravær og løsninger knyttet til sykefravær.

Kvinnehelseutvalget viser i sin NOU 2023:5 (flere steder, blant annet ss 223-224) til

at kvinnehelse ikke er et prioritert felt i dag, og at det er en manglende anerkjennelse for kjønns betydning for helse. Kvinnehelseutvalget viser også gjentatte ganger til at kjønnsperspektivet er mangelfullt i helse- og omsorgstjenestene.

Ombudet mener det vil være stor verdi ut fra et likestillingsperspektiv å se vurderingene i NOU 2023: 4 i sammenheng med vurderingene i NOU 2023: 5, i det videre arbeidet med å finne gode tiltak for å redusere sykefravær for helsepersonell.

2.3. Hus- og hytte modell

Utvalget anbefaler: «... opprettelse av kombinerte stillinger innen tjenestene der den ansatte har flere arbeidssteder. Ordningen innebærer at arbeidstaker ansettes på to arbeidssteder og har hovedstilling ett sted, «hus», og bi-stilling et annet, «hytte».» (s. 150-151)

Ombudet mener at likestillingseffekten av hus-hytte-modellen må utredes. En effekt av «hus- og hytte»-modell kan være at det blir vanskeligere å kombinere arbeid og familieliv. En slik effekt vil ramme kvinner hardere enn menn.

3. Behov for menn i helse / Det kjønnsdelte arbeidslivet

3.1. Flere gutter og menn inn i helse

Utvalget viser flere steder til ubalansen i kjønn i helse- og omsorg. Det er en stor overvekt kvinner både i utdanning og arbeid.

Utvalget peker på at både kjønnkvoter og kjønnspoeng kan være aktuelle virkemidler for å motvirke kjønnsbalansen i helse- og omsorgsykker. Utvalget viser til Opptaksutvalgets utredning fra 2022 knyttet til nytt opptakssystem til høyere utdanning der det foreslås å innføre kjønnkvoter og fjerne kjønnspoeng. Utvalget støtter innføring av kjønnkvoter og viser ellers til utredningen til Opptaksutvalget når det gjelder dette.

Ombudet mener at kjønnspoeng er et mye mindre radikalt virkemiddel og mindre inngripende enn kvoter og vi mener at dette i mange tilfeller kan være et godt egnet tiltak for rekruttering til helse- og omsorgsyrkene. Ombudet er derimot kritiske til innføring av kjønnkvoter, da vi mener at dette vil kunne være i strid med reglene for positiv særbehandling, se vårt høringsvar til NOU 2022: 17. En utredning fra UNIT viser også at kjønnspoeng har en større effekt på helsefaglige utdanninger enn på mange andre utdanninger, som for eksempel veterinærstudiet. Ombudet mener derfor det er gode grunner til at departementet bør se på om det kan gi mer effekt å bruke kjønnspoeng systematisk for helsefaglige utdanninger enn kjønnkvoter, all den tid det er et stort behov for flere menn inn i helse og omsorg. Ombudet viser ellers til vårt høringsvar til Opptaksutvalget.

Utvalget peker på at prosjekter som “Menn i helse”, “Med ABC til fagbrev” og “Jobbvinner” er eksempler på prosjekter som har et positivt bidrag med å få flere menn inn i helse og omsorg, og flere utenfor arbeidslivet inn i helse og omsorg. Ombudet mener kjønnsbalansen i helse og omsorg er så stor og har så mange ringvirkninger, at det trengs større og tyngre tiltak.

Mange av tiltakene utvalget foreslår vil kunne bidra til å gjøre yrkesvalg innen helse- og omsorg mer attraktive for gutter og menn. Her finnes det også positive erfaringer med kampanje- og informasjonsrettede tiltak slik som “Jenter og teknologi” som viser at det å promotere rollemodeller og informasjon om muligheter har en positiv effekt. “Jenter og teknologi” har et budsjett på beskjedne 3.5 millioner kroner.

Likestillingsutfordringene knyttet til kjønn innen helse- og omsorg knyttet til kjønn er betydelig større siden det omfatter større yrkesgrupper.

Ombudet foreslår at det opprettes en satsing på "Gutter og helse"/"Menn og helse" som har lignende formål som "Jenter og teknologi", av minst like stort omfang og over tid.

4. Offentlige myndigheters plikt til å fremme likestilling og hindre diskriminering.

Likestillings- og diskrimineringslovens § 24 stiller krav om at offentlige myndigheter, herunder offentlige helse- og omsorgsinstitusjoner, «skal i all sin virksomhet arbeide aktivt, målrettet og planmessig for å fremme likestilling og hindre diskriminering.»

4.1. Sikring av nødvendig mangfolds-, likestillings- og diskrimineringskompetanse

Etterlevelse av likestillings- og diskrimineringslovens §24 er i utgangspunktet et ledelsesansvar. For å øke sannsynligheten for å lykkes er det likevel avgjørende at ansatte i helse- og omsorgssektoren har grunnleggende mangfolds-, likestillings- og diskrimineringskompetanse og evner å relatere dette til deres daglige arbeid.

Ombudet erfarer at mangel på personalressurser er et hindre til sikring av likeverdige tjenester, da enkelte former for tilrettelegging kan legge beslag på flere personalressurser enn gjennomsnittet. Ombudet er derfor positiv til tiltak som kan innebærer økte personalressurser, ved for eksempel kvalifisering av personell uten helse- eller sosialfagutdanning og etablering av allment samfunnsbidrag (avsnitt 10.6, side 205-205, og avsnitt 13.4.2, s. 281). Når det er sagt er det viktig at kvalifiseringsløpet for disse legger opp til sikring av reell mangfolds-, likestillings- og diskrimineringskompetanse og kunnskap om hvordan sikre et reelt likeverdig tilbud. I og med at dette kan være utfordrende selv i situasjoner der fagpersoner har hatt lang og grundig fagutdanning, er det viktig å unngå at nødvendig kompetanse ikke nedprioriteres.

Ombudet er også positiv til tiltak som kan bidra til økt rekruttering til utdanninger innen helse- og omsorgsfag, som opprettelse og ivaretagelse av geografisk desentraliserte utdanninger (ss. 206-207). Utvalget drøfter noen av utfordringene ved desentraliserte utdanninger ((avsnitt 10.7.3, s. 208). Her må det presiseres vedvarende behov for utvikling av nasjonale læringsmål knyttet til mangfolds-, likestillings- og diskrimineringskompetanse, samt behov for andre nasjonale føringer og regionale tiltak som kan ivareta behovet for mangfolds, likestillings- og diskrimineringskompetanse. Kortvarig hospitering eller utveksling under praksisperioden kan for eksempel være en måte å gi studenter i områder av landet med mindre etnisk mangfold verdifull mangfoldserfaring under praksisperioden.

Utvalget foreslår å endre kravene til helseutdanningene slik at simulering under utdanning (s. 212) kan tas i bruk i større grad. Ombudet oppfordrer til at mer simulering under utdanning sees i sammenheng med behovet for mangfoldstrening. For eksempel kan simuleringsmoduler bidra til å tilgjengeliggjøre eksponering ovenfor et reelt mangfold av pasienter.

4.2. Individuelle behov sett opp mot behov for å redusere overbehandling

Offentlige helse- og omsorgsinstitusjoner skal i all sin virksomhet arbeide aktivt, målrettet og planmessig for å fremme likestilling og hindre diskriminering. Dette

innebærer utvikling av universelt utformede løsninger og sikring av individuell tilrettelagte tilbud der dette er nødvendig. I enkelte sammenhenger kan ivaretagelse av denne plikten innebære større materielle og personalmessige kostnader enn det som brukes i gjennomsnitt. Når utvalget drøfter farer ved overdiagnostikk, overbehandling og ulikheter i tjenestetilbudet (ss. 237-243) er det en mangel at det ikke samtidig drøftes farer for underdiagnostikk, underbehandling og ulikheter i tjenestetilbudet som går utover pasienters og pårørendes rett til likeverdige offentlige tjenester.

Ombudet mottar stadig henvendelser fra personer som opplever at de ikke sikres likeverdige behandlings- og omsorgstilbud. Ombudet erfarer at mange pasienter og pårørende allerede i dag opplever at det ikke er satt av tilstrekkelig med ressurser for å ivareta de behovene som de har grunnet kroniske helseutfordringer, nedsatt funksjonsevne, språklige barrierer eller behov knyttet til religion/livssyn. I situasjoner der minoritetsbehov vurderes opp mot prioriteringskriterier slik det vises til i avsnitt 11.1.1 (s. 237), vil det være fare for at minoritetsbehovet alltid vil måtte vike. En av årsakene til dette er at det ikke settes av tilstrekkelig tid og ressurser til å sikre universelt utformede tilbud og/eller til å sikre individuell tilrettelegging når dette er nødvendig.

Ombudet støtter tiltak som kan redusere unødvendig bruk av tid og ressurser slik at disse kan brukes der de vil kunne gjøre størst nytte. Ombudet er likevel opptatt av at det må utvikles klare retningslinjer for å skille mellom såkalt 'overbehandling' og nødvendige tiltak for å sikre likeverdige behandlings- og omsorgstilbud for ulike minoriteter med særegne behov. Blant tiltakene som ombudet savner (avsnitt 11.8, s. 254) er nasjonale retningslinjer for håndtering av utvalgte behovskompleks, slik at prioriteringen ikke overlates til individuelt skjønn.

4.3. CRPD og pasienter med funksjonsnedsettelse

Mottagere av helse- og omsorgstjenester er en mangfoldig gruppe av befolkningen, men funksjonshemmede, ikke minst mennesker med en kognitiv funksjonsnedsettelse, er en sentral gruppe. Mange er avhengig av tjenester i stort omfang for å kunne leve i et fellesskap og kunne ha et mest mulig meningsfylt liv. Helse og omsorgstjenestenes formål er *«å sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap - og disse skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet»*, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1.

For å sikre at funksjonshemmede ikke diskrimineres, men har de samme muligheter som andre og får oppfylt sine menneskerettigheter i hverdagen, har funksjonshemmede diskrimineringsvern i likestillings- og diskrimineringsloven og rettighetene understrekes i konvensjonen om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD). I tillegg har funksjonshemmede etter likestillings- og diskrimineringslovens § 20 en rett til individuell tilrettelegging av enkelte tjenester i kommunen. Dette kommer i tillegg til likestillings- og diskrimineringslovens § 24 med kravet til at offentlige myndigheter skal arbeide aktivt, målrettet og planmessig for å fremme likestilling og hindre diskriminering. Dette er i prinsippet ufravikelige hensyn til både organiseringen av og utøvelsen av helse- og omsorgstjenester til mennesker med funksjonsnedsettelse.

Når det ligger så sterke føringer/premisser for organisering og tjenesteutøvelsen av kommunale tjenester, er det bekymringsfullt at hverken slike hensyn etter CRPD i det hele tatt nevnes i utredningen. Ombudet mener dette er problematisk ut fra et

likestillings- og diskrimineringsperspektiv, og mener dette kommer særlig til syne når utredningen vurderer tilsyn ved tvangstiltak, brukerstyrt personlig assistanse og ressursutnyttelse knyttet til bofellesskap (ss. 248-255).

4.3.1. Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Utvalget skriver: *BPA har ført til at det i enkelte tilfeller er mer krevende å organisere tjenestene, enn det ville vært dersom de ble organisert som en ordinær kommunal tjeneste.*

BPA er et viktig likestillingsverktøy som bidrar til at folk kan bo selvstendig og delta i arbeidslivet. BPA bidrar også til at brukerne kan bli assistert av studenter/personer uten faglig bakgrunn; folk som ikke ellers ville være ansatt i helse- og omsorgsyrker. BPA som organiseringsform bidrar dermed til å frigjøre utdannede helsepersonell for kommunen (se f.eks. Ulobas rapporter «Hvilke rammer oppstiller FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) for nasjonale ordninger for brukerstyrt personlig assistanse (BPA)?» (Larsen, 2021), «BPA ut til folket» (Liljenstrøm, 2021) og «Tilstandskartleggingen 2021» (Uloba, 2021).

Det er også grunnlag for å hevde at tilgang til BPA frigjør tid for de pårørende til å være en «vanlig» familie, noe som igjen leder til at pårørende har mer overskudd til å stå i arbeid (se f.eks. Rambølls rapport fra 2012 «Kunnskap om behov for og tildeling av brukerstyrt personlig assistanse»).

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er et hardt tilkjempet likestillingsverktøy, og hvor det er grunnlag for å mene at ordningen i dag ikke brukes så mye som den burde.

4.3.2. Ressursutnyttelse knyttet til bofellesskap

Utvalget vurderer at det fra et personellperspektiv:

(...) kan være mer hensiktsmessig å yte tjenester til disse pasientene og brukerne i omsorgsboliger eller andre større enheter som gir mulighet til bedre ressursutnyttelse. Enheter på en viss størrelse og der det er flere brukere eller pasienter vil gi stordriftsfordeler og kunne minske det totale behovet for personell. Samtidig vil slike enheter kunne være mer attraktive og stabile arbeidsplasser fordi bedre muligheter for samarbeid styrker grunnlaget for faglig støtte, kompetanseutvikling og trivsel. Stabilitet og faglighet kommer i sin tur pasientene til gode ved at den totale kvaliteten i tjenesteytingen styrkes.

Det finnes forskning som viser at kvalitet i tjenesten og trivsel, faglig støtte og kompetanseutvikling hos personellet ikke nødvendigvis øker i store bofellesskap. Rapporten fra NTNU Samfunnsforskning «Store bofellesskap for personer med utviklingshemming» (Kittelsaa og Tøssebro, 2011) viser at:

- Store bofellesskap formidler i større grad ytre tegn på avvik enn små.
- Argumentet om at store bofellesskap gir mindre ensomhet og større sosiale nettverk kan avvises.
- Store bofellesskap kommer dårligere ut mht. faglig utvikling, trivsel og stabilitet for personell.

At folk ikke skal kunne velge med hvem, hvor og i hvilken boform de ønsker samsvarer heller ikke med nasjonale målsettinger og internasjonale forpliktelser, slik ombudet nevner innledningsvis i høringssvarets del 4.3.. Ombudet mener dette primært må ses på fra et rettighetsperspektiv og ikke bare et personellperspektiv.

4.3.3. Tilsyn

Kommisjonen tar opp rettigheter knyttet til tilsyn under overskriften «...faktorer som kan fører til overbehandling eller overforbruk av tjenester».

Utvalget skriver: *Det er behov for å forstå bedre hvordan styrkede pasientrettigheter, og krav til tilsynsmyndighetene om å følge opp disse overfor kommunene og spesialisthelsetjenesten, bidrar til økt behov for helsepersonell.*

Tilsyn av helsetilsynet og statsforvaltere avdekker avvik, tjenesteforsømmelse, uforsvarlighet, ulovlig bruk av tvang osv.. Tilsyn er svært viktig og er ment å sikre rettsikkerheten til bl.a. utviklingshemmede. I Likestillings- og diskrimineringsombudets gjennomgang av 32 saker fra Fylkesmannen i Hedmark «Tvang og makt mot personer med utviklingshemming etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9» (LDO 2019) avdekket vi blant annet lite kontroll med tvangsbruk, samt manglende informasjon, medvirkning og selvbestemmelse overfor personer under tvangsregimer. Ombudet mener det i dag er alt for sjelden og for lite tilsyn.

5. Digitalisering og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenestene

5.1. Krav til likeverdig tilbud, til tross for digitale løsninger

Utvalget har drøftet betydningen av teknologi for å sikre et mer effektivt tjenestetilbud. Ombudet anerkjenner at digitale løsninger og kunstig intelligens kan være svært ressurs sparende for det offentlige og for tjenestemottakere- samtidig må det understrekes at digitale løsninger og kunstig intelligens ikke alltid vil kunne ivareta behovene til enkelte pasienter eller pasientgrupper. Ombudet erfarer at mange allerede i dag opplever store barrierer i møte med digitale løsninger, og det er mye som tyder på at dette ikke vil avta i fremtiden.

Utvalget referer til noe forskning på dette området (Digitale konsultasjoner har fordeler og ulemper, s. 264). Etter likestillings- og diskrimineringslovens § 24 er offentlige myndigheter, herunder offentlige helse- og omsorgstilbud, pliktig til å jobbe aktivt for likestilling og mot diskriminering i hele sin virksomhet. Dette vil innebære utvikling av digitale løsninger som er tilgjengelig for flest mulig (universelt utformet), samtidig som det sikres at de som ikke kan nyttiggjøre seg av digitale løsninger får et likeverdig alternativt tilbud som ivaretar deres behov. Utvikling av universelt utformede digitale løsninger krever inngående bestillerkompetanse. I avsnittet der utvalget drøfter behov for bestillerkompetanse (s. 268) savner ombudet at mangfolds-, likestillings- og diskrimineringskompetanse er eksplisitt nevnt som nødvendig kompetanse i denne sammenheng. I tråd med dette mener ombudet at et effektivt tiltak vil kunne være felles nasjonale løsninger kombinert med nasjonale krav til lokalt utviklede løsninger, samt kurstilbud i regi av DFØ og andre, som vil kunne sikre nødvendig bestillerkompetanse.

5.2. Kjønnsperspektiv på e-helse

Digitale helsetjenester kan bidra til å løse mange av utfordringene vi har i helse- og omsorg i dag. Samtidig kan også digitalisering bidra til eller forårsake diskriminering, indirekte eller direkte. Kvinnehelseutvalget problematiserer i sin utredning (NOU 2023: 5) at det selv om det er satt tydeligere mål for IKT i helsetjenesten ikke har ført til at kjønnsperspektivet er inkludert i noen av de mest sentrale styringsdokumentene. Kvinnehelseutvalget peker i sin utredning både på at det er et

flertall kvinner som arbeider i helsesektoren, at det er et flertall kvinner som benytter seg av helsetjenester, at det er et sannsynlig flertall kvinner som må bistå pasienter/brukere med å mestre digitale verktøy, og at kvinner i større grad enn menn tar på seg særlig det mer krevende pårørendeansvaret. Ombudet mener at kjønns- og likestillingsperspektivet derfor bør være sentralt i vurderingen når digitalisering av helse drøftes.

5.3. Kunstig intelligens kan skape utilsiktet diskriminering, indirekte eller direkte

Vestlandsforskning og Rambøll lanserte nettopp rapporten «Bruk av kunstig intelligens i offentlig sektor og risiko for diskriminering» (Corneliussen, Iqbal, Seddighi og Andersen, 2022) på oppdrag fra Bufdir. Rapporten indikerer at diskriminering og likestilling ikke er fokus ved prosjekter hvor kunstig intelligens utvikles og implementeres i offentlig sektor. Likevel tas denne teknologien i bruk som beslutningsstøtteverktøy, også i helsesektoren selv om erfaring tilsier at slik teknologi som baserer seg på maskinlæring, kan videreføre og forsterke eksisterende skjevheter og øke risiko for diskriminerende praksiser. Videre kan digital diskriminering være vanskelig å oppdage og derfor ha evnen til å masseprodusere diskriminerende praksis uten at det avdekkes.

Helseveseneter som en stor aktør, eier av mange av prosjektene knyttet til kunstig intelligens. I diskrimineringsøyemed har bruk av kunstig intelligens flere slagsider. Ombudet viser til vårt samarbeid med AHUS i forbindelse med sandkasseprosjekt i Datatilsynet sandkasse for ansvarlig kunstig intelligens, hvor ombudet i samarbeid med prosjektansvarlige i AHUS kartla diskrimineringsfaren for enkelte grupper, herunder kvinner og etniske minoriteter i forbindelse med algoritmen for å avdekke hjertesvikt (se: <https://www.datatilsynet.no/regelverk-og-verktoy/sandkasse-for-kunstig-intelligens/ferdige-prosjekter-og-rapporter/ahus-sluttrapport-ekg-ai/>)

Ombudet understreker viktigheten av å gjøre diskrimineringsrisikovurdering i forbindelse med utvikling og implementering av digitale løsninger, også ment til bruk i anledning medisinsk behandling.

5.4. Økt behov for likestillings- og diskrimineringskompetanse med sårbare tjenestemottakere

Når digitalisering brukes for effektiviseringshensyn er det en iboende økt risiko for at rettigheter enkeltgrupper har ikke ivaretas. Helsevesenet skal i likhet med andre store offentlige etater som f.eks NAV, yte tjenester til en målgruppe som ofte vil være ressursvake, sårbare eller i en stresset situasjon når de møter helsevesenet. Dette øker viktigheten av å sikre at rettigheter enkeltgrupper har på grunn av deres særskilte behov fortsatt ivaretas også når nye teknologier tas i bruk eller analoge møtepunkter digitaliseres.

6. Økt bruk av uformell omsorg og deltakelse i egen behandling.

Utvalget kommer i sin utredning flere ganger inn på hvordan uformell omsorg er et viktig bidrag inn i å løse behovet for helsetjenester og behandling. Eksempelvis forebyggende og tidlig innsats for å gjøre pasienter og brukere i stand til å bidra i egen behandling, bruk av frivillighet, venner, familie, digitale tjenester og strukturelle grep for å hjelpe pårørende å hjelpe bedre.

I dag er det fortsatt kvinner som tar på seg det meste av pårørendeomsorgen, og mange kvinner opplever at denne innsatsen går utover egen helse (NOU 2023: 5, s

192). Den demografiske utviklingen tilsier at dersom omsorgstilbudet skal opprettholdes må pårørendeomsorgen opprettholdes. Kvinnehelseutvalget viser til at kombinasjonen av å delta i arbeidslivet og yte omsorg for foreldre kan ses som en ny form for tidsklemme. En tidsklemme det kan være vanskelig å forene med fulltidsarbeid (NOU 2023: 5, s 195). Videre har Menon har estimert at dette produksjonstapet utgjorde et sted mellom 6.6 milliarder og 13.2 milliarder kroner i 2020 (Menos rapport «Brutto produksjonstap av pårørendeinnsats i Norge», Pedersen og Kjelsaas, 2021). Kvinnehelseutvalget peker i sin utredning også på at det kan skape uheldige konsekvenser dersom målet om å lette arbeidspresset i helse- og omsorgstjenesten resulterer i at pårørende eller frivillige overtar oppgaver. Forskning viser at pårørendearbeid er belastende og kan påvirke stillingsbrøken negativt. Også sosioøkonomiske forhold kan spille inn, der resurssterke familier vil kunne kjøpe private tjenester for å dekke behovet for omsorg og oppfølging (NOU 2023: 5, ss 72-73).

Samtidig som det er klart at pårørende alltid vil kunne spille en rolle, så er det ikke til å komme utenom at det er det offentlige som har det endelige ansvaret for sikring av likeverdige tjenestetilbud etter likestillings- og diskrimineringslovens §24. Erfaring viser at pårørende ofte ikke vil være i stand til å ivareta pasientens behov på en likeverdig måte på grunn av mangelfull kompetanse, emosjonell tilknytning og interessekonflikt. Den nylig vedtatte tolkeloven, for eksempel, tar høyde for fallgruvene ved tidligere praksis rundt bruk av pårørende som tolk, ved å stille tydelige krav til bruk av autoriserte tolker. I den grad pårørende forventes å overta elementer av det offentliges oppgaver vil det være det offentliges ansvar for opplæring og oppfølging slik at det sikres et likeverdig tilbud. I mange tilfeller vil det ikke være mulig for pårørende å kunne sikre et likeverdig tilbud uansett opplæring og oppfølging.

Konsekvenser for forskjellige grupper, særlig de som har et diskrimineringsvern, må være en del av utredningen og vurderingsgrunnlaget for forskjellige forebyggingstiltak og tiltak som handler om å bruke pasienter og brukere bedre som en ressurs i egen behandling. Kjønnsperspektivet er sentralt ved bruk av uformell omsorg, særlig når helse- og omsorg er et kvinnedominert yrke og forskere peker på en opplevd tidsklemme og belastning knyttet til å være pårørende. Ombudet mener likestillings- og diskrimineringsdimensjonen knyttet til at pasienter og brukere bidrar inn i egen behandling og knyttet til økt behov for å bruke uformell omsorg problematiseres lite i utredningen. Ombudet viser igjen til at vurderingene i NOU 2023: 4 og i NOU 2023: 5 må ses i sammenheng, særlig med tanke på at likestillings- og diskrimineringsperspektivet tas hensyn til i det videre arbeidet med løsninger og tiltak innen helse og omsorg.

Alle svar må gjennom en manuell godkjenning før de blir synlige på www.regjeringen.no.