

Helse- og omsorgsdepartementet
postmottak@hod.dep.no

Dette brevet sendes kun med e-post.

Vår ref.
24/1580 - 4

Deres ref
24/2385

Dato
27.09.2024

Innspill til regjeringens arbeid med stortingsmelding om allmennlegetjenesten

Likestillings- og diskrimineringsombudet viser til regjeringens arbeid med stortingsmelding om allmennlegetjenesten og invitasjon til å gi innspill dette, datert 14.06.2024.

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).

1. Overordnede kommentarer

Ombudet mottar stadig henvendelser fra personer som opplever at de ikke sikres likeverdige behandlingstilbud og støtter regjeringens målsetting:

‘Innsatsen må styrkes for pasienter med store og sammensatte behov, og til å forebygge sykdomsutvikling, sykdomsforverring og funksjonsfall. Det er også behov for å se på allmennlegenes rolle og bidrag til at flere deltar i arbeidslivet.’

Ombudet støtter også forutsetningen som regjeringen legger til grunn:

'For at vi i fremtiden skal kunne levere de beste tjenestene til innbyggerne våre, må allmennlegetjenestene organiseres og finansieres på en måte som fremmer kvalitet, effektivitet, rett bruk av kompetanse, arbeidsdeling og innovasjon.'

2. Barrierer til likeverdige helsetjenester

Ombudet er kjent med at innbyggere opplever at de ikke får helsehjelpen de trenger og at dette kan skyldes barrierer til likeverdig tilgang på fastlege og/eller barrierer som oppstår i møte med fastlege.

Manglende tilgang på likeverdige helsetjenester kan resultere i dårligere livskvalitet og helseplager som kan begrense deltagelse i arbeidslivet. Opplevde barrierer i helsesektoren er mange og sammensatte. Her kan det blant annet være snakk om:

- Tjenester som ikke tar høyde for språklig mangfold i befolkningen, og som dermed vanskeliggjør sikring av god kommunikasjon med personer med språklig minoritetsbakgrunn om helsetilbud. Dette kan gjelde fastlegeordningen, samt mangelfull språklig tilrettelegging i møte med fastlege eller annet helsepersonell, noe som gir dårligere grunnlag for diagnostisering og dårligere forutsetninger for behandling og oppfølging.
- Tjenester som ikke tar høyde for kulturelt mangfold i befolkningen, som kan føre til dårligere grunnlag for diagnostisering og dårligere forutsetning for behandling og oppfølging av pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.
- Tjenester, infrastruktur og kommunikasjonsplattformer som ikke er universelt utformet og dermed ikke sikrer likeverdige opplevelser for personer med nedsatt funksjonsevne. Dette forsterkes ved mangel på likeverdige alternativer til mangelfulle hovedløsninger og/eller manglende kompetanse og ressurser når det gjelder individuell tilrettelegging.
- Tjenester som forutsetter digital kompetanse og/eller adgang til digitale løsninger, som vanskeliggjør kommunikasjon med og undergraver selvstendigheten til enkelte grupper, som eldre og andre uten digital kompetanse eller uten økonomiske ressurser.
- Tjenesteytere som mangler grunnleggende kompetanse om helseutfordringer og andre faktorer som særlig rammer spesifikke grupper som kvinner, personer med nedsatt funksjonsevne, lesbiske, homofile og bifile, personer med kjønnsinkongruens og personer med etnisk minoritetsbakgrunn.

- Tjenester som ikke legger til grunn kjønnsnøytrale ord og begreper, og der tjenesten påvirkes av skjemaer og andre løsninger som baserer seg på utdatert språkbruk og terminologi knyttet til kjønn, reproduksjon og omsorgsroller.
- Lovverk og regler som knytter fastlegetjenester til oppholdstatus i Norge, som i praksis kan vanskeliggjøre sikring av likeverdig helsetilbud for utenlandske arbeidstakere med midlertidig opphold i Norge, personer som er utsatt for menneskehandel, papirløse og andre grupper der formell tilknytning til landet ikke er avklart.

3. Likestillingsplikt i offentlig sektor ('LOS-plikten')

Likestillings- og diskrimineringslovens formål er å fremme likestilling og hindre diskriminering på grunn av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder eller andre vesentlige forhold ved en person. Dette innebærer at alle innbyggere har krav på likeverdige helsetjenester og at det derfor må sikres likeverdig tilgang på fastlege og andre primærhelsetjenester. Helsesektoren, inkludert fastlegeordningen, er underlagt bestemmelsene etter likestillings- og diskrimineringsloven, inkludert lovens § 24 som stadfester en likestillingsplikt for offentlig sektor ('LOS-plikten'). LOS-plikten innebærer at alle offentlige myndigheter (og private aktører med delebert myndighet fra det offentlige) skal jobbe aktivt, systematisk og målrettet for å sikre likestilling og motarbeide diskriminering i hele sin virksomhet.

Som forutsetning for dette arbeidet legger lovens forarbeider (Prop.63 L (2018-2019) pkt. 3.10.1.5) til grunn at alle offentlige myndigheter skal innhente informasjon om utfordringer og behov som brukere av deres tjenester har, og vurderer risiko for at diskriminering forekommer i møte med virksomheten. Det understrekes at offentlige myndigheter skal ha rutiner for å gjennomføre en analyse av situasjonen for å identifisere utfordringer som ulike grupper kan oppleve i møte med virksomheten. Denne analysen skal igjen legges til grunn for vurderinger knyttet til utforming av tjenestetilbudet og mulige tilpasninger for å imøtekomme aktuelle likestillingsutfordringer.

Selv om loven og lovens forarbeider er tydelige på disse punktene, er det ombudets erfaring at kjennskap til lovens bestemmelser er relativt lav, og at helsesektoren ikke er noe unntak i så måte. Inndeling mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste kan bidra til manglende oversikt over den helhetlige opplevelsen for den enkelte og ansvarspulverisering når det gjelder sikring av likeverdige opplevelser gjennom et helt behandlingsløp med oppfølging på tvers av fagmiljøer og institusjoner.

4. Organisering som sikrer effektivt arbeid med å identifisere og bygge ned barrierer

Ombudet støtter regjeringens visjon om 'tverrfaglige fastlegekontorer med tydelig ledelse, bredere faglig innhold og som samhandler tettere med øvrige deler av kommunale helse- og omsorgstjenester.' Vi mener dette vil være en viktig forutsetning for sikring av likeverdige helsetjenester.

Med utgangspunkt i de utfordringene som er beskrevet ovenfor må det understrekes at fremtidig organisering av fastlegeordningen må styrke forutsetningene for lederforankring av LOS-plikten, samt tydeliggjøre ansvarsfordeling når det gjelder sikring av LOS-plikten ved tverrfaglig samarbeid og samarbeid på tvers av institusjoner.

LOS-plikten innebærer også årlig redegjørelse for hvordan den enkelte virksomhet har jobbet med å sikre LOS-plikten. Dette er en viktig forutsetning for å kunne fange opp om innsatsen er dekkende for behovene og om det kan være mulig forbedringspotensiale i arbeidet som gjøres. I ombudets erfaring er dessverre også denne delen av plikten lite kjent. Av de som kjenner til denne delen av plikten er det også relativt få som likevel oppfyller krav. Også her kan manglende helhetsoversikt og ansvarspulverisering slå negativt ut.

Det vil være en klar fordel dersom fremtidig organisering av fastlegeordningen sikrer gode forutsetninger for kommunikasjon og koordinering både internt og på tvers av institusjoner, med tydelige linjer for deling av instruksjoner og rapportering. Det kan være aktuelt å vise til LOS-plikten i forskrift om fastlegeordningen i kommunene og tydeliggjøre fastlegens ansvar her.

Det er også viktig at rammene for tildeling av fastlege ikke står i veien for sikring av likeverdige løsninger også for de med begrenset rett til helsehjelp.

Videre erfarer ombudet at mange pasienter og pårørende opplever at det ikke er satt av tilstrekkelig med ressurser for å ivareta behovene som de har grunnet kroniske helseutfordringer, nedsatt funksjonsevne, språklige barrierer eller behov knyttet til religion/livssyn.

I situasjoner der minoritetsbehov vurderes opp mot andre prioriteringskriterier 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 utarbeides klare retningslinjer for å skille mellom såkalt 'overbehandling' og

nødvendige tiltak for å sikre likeverdige behandlings- og omsorgstilbud for ulike minoriteter med særegne behov. Ombudet savner nasjonale retningslinjer for håndtering av utvalgte behovskompleks, slik at prioriteringen ikke overlates til individuelt skjønn.

5. Sikring av nødvendig kompetanse

En av problemstillingene regjeringen ønsker innspill til er hvordan møte behovet for kompetanse og kapasitet i allmennlegetjenestene som følge av økt medisinsk kompleksitet og flere eldre.

Det er en viktig forutsetning for sikring av likeverdig helsetjenester at praktisk oppfølging av LOS-plikten blir en integrert del av medisinutdanningen. Det er relevant å sikre mangfoldskompetanse og økt bevissthet om egne holdninger i møte med en mangfoldig befolkning.

Videre er det viktig med økt kunnskap om helseutfordringer og behandlingsformer som er særlig aktuelle for bestemte grupper i samfunnet, som for eksempel personer med kjønnsinkongruens.

Bevissthet knyttet til samspill mellom to eller flere ulike identiteter og behov for å ta høyde for dette er også høyst relevant. For eksempel opplever mange eldre skeive store utfordringer i møte med helse- og omsorgssektoren. Utfordringene blir desto mer komplekse dersom man også trekker inn flere faktorer som etnisk minoritetsbakgrunn, religion, språk, funksjonsevne, oppholdsstatus, osv.

Ombudet erfarer at mange opplever store barrierer i møte med digitale løsninger, og det er mye som tyder på at dette ikke vil avta i fremtiden. 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, krever inngående bestillerkompetanse. Mangfolds-, likestillings- og diskrimineringskompetanse er nødvendig kompetanse i denne sammenheng. Her mener ombudet at felles nasjonale løsninger må kombineres med nasjonale krav til lokalt utviklede løsninger. At dette tas inn i medisinutdanningen samtidig som det utvikles kurstilbud i regi av DFØ og andre vil være viktige bidrag for å sikre nødvendig bestillerkompetanse.

6. Arbeidsgiverpolitikk som tar høyde for etnisk mangfold

En annen problemstilling som regjeringen ønsker innspill til er hvordan rekruttere og beholde yngre leger som fastlege eller i andre allmennlegetjenester. Tall over medisinstudenter viser at det allerede er relativt stor grad av etnisk mangfold blant

medisinstudenter, noe som på sikt også kan bidra til økt rekruttering av yngre leger til fastlege eller andre allmennlegetjenester dersom det settes inn tiltak rettet mot denne gruppen.

Med utgangspunkt i etablerte bosettingsmønstre kan det likevel være en utfordring å gjøre det attraktivt for unge leger med etnisk minoritetsbakgrunn å flytte fra hjemstedet sitt og bosette seg i deler av landet der det kan være lavere grad av etnisk mangfold. For de som eventuelt kan motiveres av lønn og andre betingelser til å flytte på seg vil sikring av et inkluderende arbeidsmiljø være en viktig forutsetning for at de velger å bli. Her vil økt mangfoldskompetanse på medisinutdanningen trolig også bidra til mer inkluderende kollegafellesskap, samt sikring av økt mangfoldskompetanse blant ledere og HR-personell.

7. 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 selv om det er satt tydelige mål for IKT i helsetjenesten så har det 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.

8. Eksplisitt henvisning til LOS-plikten i sektorlovgivning, forskrift, tildelingsbrev og instruksjer

Det er ombudets erfaring at sektorlovgivning og relaterte forskrifter, tildelingsbrev og instruksjer i praksis blir mer førende for de prioriteringene som tas enn likestillings- og diskrimineringsloven.

Ombudet mener derfor at det vil være en klar fordel om sektorlovgivning og forskrifter knyttet til disse, tildelingsbrev og instruksjer tar inn en henvisning som viser konkret til likestillings- og diskrimineringslovens § 24 (LOS-plikten) og ansvar knyttet til denne.

I tillegg til å gjøre det lettere for leger og andre i helsesektoren å holde oversikt over de pliktene de har, kan krysshenvising i aktuelt lovverk også bidra til at relevant kompetanse tas inn i utdannings- og opplæringsløp.

Dokumentet er elektronisk godkjent, og gyldig uten signatur.