

# Landslaget for Offentlige Pensjonister

## Eldreomsorgsutvalget

Leder: Marit Kjos Sørensen,

Rasmus Winderens vei 36, 0373 Oslo

Fra 28.6.2005: Risøyveien 96, 3290 Stavern

Telefon 952 82 901 E-post: mariks@online.no

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200500444	Journ. nr.: 47
Artikkelnr.: 500	Journ. dato: 010605
Avd.: KTA	Saksbeh.: EV
U.off.:	

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep,  
0030 OSLO.

Oslo, den 30. mai 2005.

## **NOU 2005: 3 "Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste" – Høringsuttalelse.**

Landslaget for Offentlige Pensjonister (LOP) viser til høringsbrev og NOU – 2005: 3 som omhandler en vurdering av tiltak for å bedre samhandlingen i helsetjenesten mellom første- og andrelinjen.

LOP er en politisk nøytral interesseorganisasjon av offentlige pensjonister som arbeider for å bedre medlemmenes pensjonsvilkår og eldreomsorg. Blant våre medlemmer har vi leger, sykepleiere og annet personell med lang erfaring fra helse- og sosialetaten. Men gjennom våre lokallag og kontaktpersoner har vi også bred erfaring fra helsetjenesten. Vi vil gjerne avgi en høringsuttalelse - i hovedsak basert på gruppen eldre og pensjonister:

### **Mandatet.**

Mandatet er å drøfte samhandling mellom spesialhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det kunne vært ønskelig å inkludere også sosialtjenesten, da kommunenes helse- og sosialtjeneste er knyttet nært sammen. Denne siden bør behandles senere.

### **Punkt 1. Pasientperspektivet.**

#### **Brukermedvirkning.**

Vi er enig i Wisløff-utvalgets forslag om at det innføres bestemmelse om brukermedvirkning i kommunehelsetjenesteloven. De kommunale eldrerådene ivaretar de eldres interesser overfor kommunale myndigheter. Man burde opprette tilsvarende "brugerutvalg" med representanter for og av brukere fra de forskjellige offentlige og private tjenesteytere. Disse utvalgene bør ha fullmakt til å kunne uttale seg og tre i kontakt med alle tjenesteutøvere, for å fremme samhandlingen innenfor kommunene og samtidig spille en aktiv rolle i samhandlingen med regionale myndigheter og spesialhelsetjenesten.

Pasientens integritet må ivaretas. Pasienten må derfor selv, på alle nivå, oppfordres til å delta mest mulig aktivt, skaffe seg kjennskap til sine rettigheter, og selv uttale seg om sine erfaringer overfor de enkelte utøvere av helsetjenestene. Eldre mennesker har som regel et sammensatt sykdomsbilde ved siden av selve aldringsprosessen og de behandles ofte på flere områder samtidig eller til forskjellige tider. Her er samhandling spesielt viktig.

## **Individuell plan**

For brukere som har krav på og et sterkt behov for en individuell plan, må dette utarbeides. Etter vår mening bør hovedansvaret ligge i kommunen, hvor man normalt har best kjennskap til pasienten, spesielt hos fastlegen og/eller behandlende lege i kommunal institusjon. Men med den arbeidsbyrde dette medfører, bør man unngå å utarbeide individuelle planer uten at særlig behov foreligger. Et unødvendig administrativt ekstraarbeid som vil gå på bekostning av pasientkontakt og pasientbehandling, som egentlig er det primære i helsetjenesten.

## **Punkt 2. Samhandling mellom helsetjenestens utøvere.**

### **Funksjons- og kvalitetskrav overfor fastlegene.**

Vi ser det som en fordel for å bedre samhandlingen i helsetjenesten at det ved inngåelse av individuelle fastlegeavtaler, stilles krav til å utnytte de 7,5 timene, som fastlegene i henhold til avtaleverket kan tilpliktes til å arbeide med offentlig legearbeid. Dette vil gi kommunen muligheter til bl.a. å øke legetimetallet ved sykehjem, hente og bidra til å bedre kvaliteten innenfor geriatrien.

Kommunene må gis tilstrekkelig økonomiske midler for å kunne heve den offentlige helsetjeneste gjennom større krav til funksjon og kvalitet hos fastlegene.

### **Samhandling for både kommunen og helseforetakenes målsetting.**

Ledelsen bør som nevnt i pkt. 1 opprette et eget samhandlingsutvalg innenfor foretaket med plikt for de enkelte enheter til samhandling og rapportering for pasienter med sammensatte og forskjellige behandlingsbehov. Som det for eksempel kan være hos eldre mennesker. Tilsvarende kan man tenke seg i kommunen at man har et utvalg/enhet som er ansvarlig for samhandlingen innen kommunen og oppad i systemet (jfr. neste punkt).

### **Plikt for kommuner og foretak til å inngå samarbeidsavtaler.**

Den effektivitetsøkning ved sykehusene som har vært påvist den senere tid, har dessverre i stor grad skyldtes at eldre pasienter skrives ut for tidlig. Pasientene blir sendt hjem uten forberedende tiltak og må ofte legges inn igjen. Her er det for en stor del at samhandlingen mellom regionale tiltak, spesialhelsetjenesten og kommunen som svikter.

Det er dårlig samfunnsøkonomi slik forholdet og samhandlingen fungerer mellom første og annen linje i helsetjenesten. Dette forholdet kan rettes på ved å pålegge kommuner og foretak å inngå gjensidige og forpliktende samarbeidsavtaler i samsvar med Wisløff-utvalgets tilråding.

For tiden innskrenkes eller legges ned virksomheten ved lokale sykehus. Disse må i stor grad kunne nyttes til rehabilitering av pasienter, gjerne i interkommunal samhandling, og dermed frigjøre hardt tiltrengte sykehjems plasser. Det vanligste sykdomsbildet hos eldre mennesker er fallulykker med brudd, hjerte- og karsykdommer, hjerneslag/infarkt og demens. Rehabilitering er en meget viktig faktor i helsetjenesten.

Et eldresenter i hver kommune bør være lovpålagt. Dette er kanskje det fremste tiltaket for forebyggende arbeid overfor eldre. Eldresentrene har stor kontaktflate, skaper trivsel og identitet og er en viktig kanal for informasjon, rådgivning og veiledning om forebygging.

### Punkt 3. Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser.

#### **Sameie mellom kommuner og helseforetak.**

Dagens ordning med delt eierskap bør i prinsippet opprettholdes. Man bør kanskje åpne for forsøk der kommuner og foretak kan utføre oppgavene i helsetjenesten sammen, men kun der det åpenbart vil være til fordel for samhandlingen.

#### **Aktivitetsbasert finansiering av spesialhelsetjenesten...**

En aktivitetsbasert finansiering av spesialhelsetjenesten fører til en "effektivitet" som gir tidlige utskrivninger fra sykehus og i flere tilfeller et dårligere behandlingsresultat, økte kostnader og etterspørsel i kommunehelsetjenesten.

Polikliniske behandlinger og undersøkelser som spres over flere dager, men som kan foretas på en dag, virker også uheldig og bør unngås. Her bør ansvar og finansiering knyttes tettere sammen.

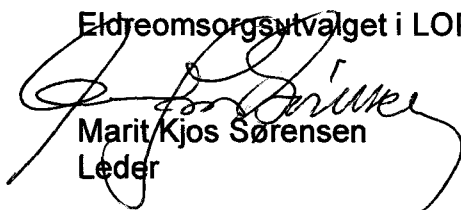
#### **Økonomiske insentiver i et stykkprissystem.**

Vi er enige med Wisløff-utvalget i at stykkprisandelen i helsetjenesten bør reduseres til fordel for samhandlingen. Det ville sikkert være en fordel om man kunne komme frem til en finansieringsordning som i hovedsak tilgodeser hele pasientforløpet.

Kommunen må gis større rammebetingelser og økonomi. For det er vel på det kommunale plan det er behov for å få den mest omfattende samhandling, for å få en sammenhengende helsetjeneste.

Med vennlig hilsen

Eldreomsorgsutvalget i LOP



Marit Kjos Sørensen  
Leder

Lars Solum (s)  
Nestleder

Jonas Sivertsen (s)  
Sekretær

---

NB: Vi må be om at LOP ved Eldreomsorgsutvalget heretter blir satt opp som høringsinstans på Departementets høringsliste. Samtidig må vi be Departementet registrere adresseendring til leder f.o.m. den 28. Juni 2005. DS

---

**Landslaget for Offentlige Pensjonister**  
**Eldreomsorgsutvalget**

Leder Marit Kjos Sørensen

Rasmus Winderens vei 36, 0373 Oslo; Fra 28.6.2005: Risøyveien 96, 3290 Stavern

Tel. : 95.28.29.01, E-post: [mariks@online.no](mailto:mariks@online.no)