



**Norsk Pensjonistforbund**

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

POSTBOKS 8011, DEP

0030 OSLO

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200500444	Dok.nr.: 167
Arkivkode: 500	Journ.dato 22.07.05
Avd.: KTA	Saksbeh.:
U.off.:	

Ref.: 2005/2536  
TKR/PH/AH

OSLO, 6.juni 2005

## Høringsuttalelse til NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt.

### Generelt.

Det er gledelig, og svært nyttig at NOU 2005:3 er utarbeidet. Det må være bred enighet om at "Store pasientgrupper er avhengig av at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingkjede som gir et helhetlig tilbud."

"Spesielt eldre og funksjonshemmede med sammensatte lidelser, kronisk syke, funksjonshemmede, rusmiddelbrukere og mennesker med psykiske lidelser vil ha store fordeler av en bedre samhandling."

Vi har to forvaltningsnivå, helseforetakene og spesialisthelsetjenesten på den ene siden, og kommunehelsetjenesten og sosialtjenesten på den annen side. Det er samarbeidet mellom 2-linjetjenesten og 1-linjetjenesten som svikter mest. Det skyldes neppe mangel på avtaler og god vilje, men har med manglende økonomiske ressurser å gjøre. Kommuner med mangel på sykehjem eller tilbud på heldøgns pleie og omsorg, har medført ekstra liggedøgn på sykehus for pasienter som kunne fått et bedre tilbud i kommunehelsetjenesten.

Manglende kapasitet på sykehusene har medført lange ventelister for pasienter som ikke kommer inn under kategorien øyeblikkelig hjelp.

Utviklingen innenfor medisinen har gjort det mulig å hjelpe langt flere, og langt eldre pasienter enn før. Bedre kunnskaper hos pasientene og mer klarhet over hva de kan kreve, gjør at pågang på spesialisthelsetjeneste og sykehus vil stadig øke. Flere allmennpraktiserende leger vil neppe fungere som "portvakter", men vil trolig bare øke henvisningsmengden.

Følgende kommentarer til NOU 2005:3 er for det meste knyttet til de eldre og kronisk syke. Kontinuitet er et stikkord.

### **Akutt sykdom.**

Det er med bekymring vi leser forslag om å slå sammen legevakt-distrikt. Legebesøk til skrøpelige, gamle syke kan bli nedprioritert. Det har vært en tendens til at legevakten og legen ber om ambulanse for å få kjørt den syke til kontoret, eller legger pasienten direkte inn på sykehus.

Også barnefamilier hvor kun en av foreldrene er til stede, vil tape på at hjemmebesøk av lege vanskeliggjøres.

### **Brukermedvirkning.**

En stor prosent av eldre pasienter er ute av stand til rasjonell medvirkning. Psykiatriske pasienter har i noen tilfeller behov for tutor. Rusmiddelmissbrukere har ofte forbigående motivering for behandling, og vansker med å gjennomføre behandling på frivillig basis. Alt dette gjør at utnyttelse av tiltak krever tid, og vanskeliggjør den effektivisering som det har blitt spurt etter så ofte.

### **Individuell plan.**

Langt fra alle har behov for en detaljert nedskrevet plan. Viktigst er det at den som overtar ansvar for pasienten, har god nok faglig kompetanse. Slike skrevne planer kan gå på bekostning av tid til nærhet til pasienten.

### **Pasientansvarlig lege.**

Fastlegen er pasientansvarlig i 1-linjetjenesten. På sykehus er det påbudt med pasientansvarlig lege. Om det fungerer etter hensikten kan diskuteres, når vaktordning, arbeidstid, permisjoner og kurs er noe sykehuslegene må ta hensyn til.

### **Sykehjemslegene**

Det er viktig å styrke legetjenesten ved sykehjemmene, både for pasientens skyld og for å bedre samhandlingen med sykehusene. Legetjenesten bør styrkes ved å øke timetallet, ikke ved at fastlegene skal fortsette å ha ansvar for sine gamle pasienter etter at de er kommet på sykehjem.

### **Pasientopplæring og informasjon.**

Begge deler skal inngå som en del av behandlingen. Begge deler blir nok forsømt.

### **Pasientombud og tilsyn med helsetjenesten.**

Fylkesmannen (fylkeslegen) bør ha tilsyn med både 2-linjetjenesten og 1-linjetjenesten. Det som har vært pasientombudets funksjon, bør kunne innordnes i fylkeslegens virksomhet.

### **Om bruk av økonomiske virkemidler.**

Det har blitt et motsetningsforhold mellom hver kommune som skal fritt disponere midler til helse- og sosialtjenesten, og at brukerne skal få rett til like tilbud samme hvor i landet de bor. Det hjelper lite å si at "den vet best som har skoen på" når en stor del av våre kommuner ikke har råd til "sko". Bygging av omsorgsboliger i stedet for sykehjem har i mange tilfeller hatt sin årsak i dårlig kommuneøkonomi. Det er litt merkelig å gi et botilbud til en som ikke har behov for botilbud, men er i sterkt behov for helsetilbud- og så forlange bostøtte. I noen tilfeller bygger sykehjem om til omsorgsboliger.

### **Nærmere om takst- og refusjonssystemet.**

Takstsystemet må gjennomgås for å fjerne insentiver for oppstyking av behandlingstilbudet. Takstsystemet må også styrke rehabiliteringstilbudet. DRG-systemet (diagnoserelaterte grupper) som brukes på sykehus, er for tiden lite egnet for å gjøre det lønnsomt å behandle kronikere og psykiatriske pasienter.

### **Finansiering av legemidler.**

Det er nødvendig med endring av finansiering av legemidler. Reseptpliktige legemidler bør koste det samme for pasienten om han er på sykehus, sykehjem eller i åpen omsorg. Det kunne være ønskelig at synonyme legemidler fikk samme pris.

### **Avslutning.**

NOU 2005:3 er et rikholdig dokument hvor de fleste forhold i vår helsetjeneste har blitt vurdert. Det er viktig med avtaler samarbeidspartene imellom, men i dag foreligger flere samarbeidsavtaler som ikke fungerer. Det er trolig nødvendig med et økonomisk press for å få avtalene til å fungere. Betaling for utskrivingsklare pasienter på sykehus, er et eksempel på dette. Men en slik ordning har også sine ulemper.

Det ideelle ville være, slik som NOU 2005:3 har vært inne på; at pengene hadde fulgt pasienten, at kommunen hadde sett pasienten som en inntektskilde, og at pasienten hadde opplevd økonomisk gevinst på å komme på stadig lavere omsorgsnivå.

Vennlig hilsen  
**Norsk Pensjonistforbund**

  
Mons Sandnes  
forbundsleder

  
Tor- Kristian Rønneberg  
nestleder i det sentrale helseutvalg