



Norsk Pensjonistforbund



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

POSTBOKS 8011, DEP

0030 OSLO

Ref.: 2006/3165/SMSR/AH

Oslo, 22.06. 2006

NASJONAL HELSEPLAN (2007- 2010)

Utkastet til Nasjonal Helseplan gir en god oversikt over den nåværende situasjon i primær og spesialisthelsetjenesten og over de utredningsarbeider som er på gang. Den skal legges frem i tilknytning til statsbudsjettet for 2007 og inneholder da ikke noe om hvilke muligheter det er for å gjennomføre planer og nye tiltak.

Organisatoriske endringer og retningslinjer kan bedre effektivitet og kvalitet i helsevesenet, men iverksettelse av nye tiltak vil i stor utstrekning bero på hvilke ressurser som stilles til disposisjon i planperioden. .

Planen er så omfattende at det er umulig å kommentere alt. Men det kan være nyttig med enkelte innspill.

Helse- og omsorgsdepartementet har i høringsbrev av 22. mai d.å. pekt på visse temaer og problemstillinger som det ønskes uttalelser om.

Norsk Pensjonistforbund har disse bemerkninger:

I. Felles utfordringer i helsetjenesten.

Norsk Pensjonistforening ønsker rett behandling til rett tid, samme hvor i landet en bor. Vi ønsker en helseøkonomi som gjør dette mulig, men ønsker ikke at faglige vurderinger skal vike for kortsiktig økonomisk tenkning, hvor enhver verner om sitt budsjett.

Det er i høringsbrevet reist spørsmål om det er lagt vekt på de mest sentrale utfordringer og i den anledning kan anføres:

Rehabilitering

Det ville være ønskelig med et eget kapittel om rehabilitering under kapitlet om felles utfordringer. Temaet er omhandlet spredt rundt om i innstillingen, men det gis ingen samlet fremstilling over denne svært viktige sak i dagens helsevesen. Behovet for rehabilitering etter behandling på sykehus vil omfatte store grupper av pasienter, og

behovet blir større etter hvert som behandlingstiden på sykehus forkortes. Det er behov for en helhetlig plan for samarbeidet mellom sykehus, opptreningssentre og sykehjem som mottar pasienter til rehabilitering.

Geriatrici

Geriatrici er ofret lite oppmerksomhet i innstillingen til tross for at over 75 % av pasientene på sykehus er eldre mennesker hvorav en god del har flere lidelser som vil kreve en helhetlig vurdering. Antallet eldre over 90 år er stigende. Det er nå under utarbeidelse en handlingsplan for spesialisthelsetjenesten for eldre. Innen 2015 skal det være gjennomført en styrking på diverse innsatsområder (side 45) og planen synes å være omfattende. Det bør imidlertid allerede i denne planperioden settes i verk tiltak som kan bedre forholdene for eldre i sykehus. Det er i dag bare et begrenset antall sykehus som har geriatriciske avdelinger/enheter og det er derfor nødvendig at det skjer et press utenfra for at styrende myndigheter får etablert geriatriciske enheter, og i de aller fleste tilfeller sengeenheter på alle sykehus. Dette vil styrke forskning i geriatrici og gerontologi. Det er nevnt behov for generalister på sykehusene, men ikke presisert at det er nødvendig med geriatriciske sengeenheter. I dagens sykehussystem er geriatricien den grenspesialitet som i høyeste grad har bruk for generalister. De fleste sykehus har dessuten etablert observasjonsposter, og der er det også behov for generalister. Men geriatriceren bør ikke først og fremst plasseres der. For å unngå korridorpasienter og svingdørspasienter må det settes i verk nye tiltak ved helseregionene med samarbeide mellom geriatriciske avdelinger eller team ved sykehusene, opptreningssentre og sykehjem. Dette vil være et viktig ledd i en sammenhengende behandlingsskjede. Det er også nevnt at en helhetlig plan for styrket demensomsorg er under utarbeidelse. Også i denne forbindelse vil geriatrici komme inn i bildet.

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi i helsetjenesten.

Blant aktuelle tiltak, er bedre informasjonsflyt mellom primær og spesialisthelsetjenesten og mellom de enkelte institusjoner. Det er anført at hovedreglene for personvern og taushetsplikt bør klargjøres.

Formuleringene under dette punkt er svake. Personvernet for den enkelte pasient er en svært viktig sak. Gjeldende regler om taushetsplikt må ikke utvannes og pasientene må selv ha en medbestemmelse i hvordan opplysningene om deres helsetilstand skal vandre rundt.

Vi ønsker rett behandling til rett tid, samme hvor i landet en bor. Vi ønsker en helseøkonomi som gjør dette mulig, men ønsker ikke at faglige vurderinger skal vike for kortsiktig økonomisk tenkning, hvor enhver verner om sitt budsjett.

2. Helsetjenesten i kommunene

Høringsutkastet peker på viktigheten av en sammenhengende behandlingsskjede. Norsk Pensjonistforbund beklager at stram kommuneøkonomi flere steder har ført til nedleggelse av eldresentre som er viktig i det forebyggende arbeidet. Eldresentra i alle kommuner må lovfestes. Tilbudet om hjemmehjelp er også i mange kommuner svært redusert slik at eldre brukere ikke får de tjenester som de har behov for. I og med at

pasienter utskrives fra sykehus etter kort tids behandling må tjenestene i kommunene bygges ut.

Sykehjem

Det er en dramatisk underdekning av sykehjemsplasser. Det er politisk vedtatt at 25 % av befolkningen over 80 år skal ha tilbud om heldøgns pleie og omsorg. For å kunne innfri dette må det bygges 12 000 nye sykehjemsplasser i Norge. Norsk Pensjonistforbund vil ha klarere retningslinjer for hva definisjonen av et sykehjem er, dvs. hvilke tjenester skal tilbys og hva skal boligen skal tilby/inneholde. Sykehjem er ikke lik (=) omsorgsbolig. Sykehjemmene må bli helseinstitusjoner, og det bør igjen bli normer for godkjenning av sykehjemmene, både når det gjelder bygg og bemanning. Som et eksempel på underdekning av sykehjemsplasser, kan vi nevnte at i Oppland er det bare 1/3 av de 26 kommunene som har tilbud om heldøgns pleie og omsorg for 25 % dekning av befolkningen over 80. De fire dårligste, blant annet byene Gjøvik og Lillehammer, har bare fra 12-16 % dekning.

Bygging av omsorgsboliger kan være et godt supplement til sykehjem. Omsorgsboliger er helt feilaktig blitt regnet inn av mange kommuner som tilsvarende sykehjemsplasser, enda det ikke er fast ansatte som ivaretar heldøgns pleie og omsorg.

Aktiv omsorg (s. 44) Det er viktig at pasientene på sykehjem i tillegg til trygghet, behandling og omsorg bor i et aktiviserende og sosialt miljø som stimulerer det friske i mennesket. Det må gis ressurser til sosialt samvær med personalet, pårørende eller andre og ulike aktiviteter som kulturelle eller sosiale innslag eller fremmer fysisk aktivitet.

Fastlege og leger i sykehjem

Fastlegeordningen synes å være vellykket. Likevel er en stor mangel med almenlegetjenesten at det er så vanskelig å få sykebesøk til hjemmene. Særlig ille er dette for gamle, skrøpelige mennesker og for småbarnsfamilier hvor kun en av foreldrene er til stede.

Sykehjemmene er i dag institusjoner for meget alvorlig syke mennesker med gjennomsnitt 6 diagnoser. Videre er **legedekningen i sykehjem** også ofte uforvarselig lav. Forbundet støtter normtallene for legedekning fra legeförening. Disse normtallene er basert på flere delkomponenter for å reflektere at sykehjemmene har mange ulike oppgaver, som fordrer ulik legedekning. Normtall må minimum ta høyde for:

- 1 uketime per 3 langtidspasienter
- 1,5 uketime per korttidspasient (3-4 ukers varighet)
- 3 uketimer per plass for mer aktiv utrednings- eller rehabiliteringsopphold.
- 5 uketimer per plass spesielt beregnet for lindrende behandling.
- 40 % av tiden til sykehjemslegen bør være ubundet.

I større byer er vi ikke tjent med fastleger som sykehjemsleger i tilfelle de er pålagt denne oppgaven, og ikke ønsker den. I landkommuner kan fastlege som sykehjemslege fungere bra.

3. Spesialisthelsetjenesten

HELSEFORETAK

Sykehusdrift må baseres mer på faglig kunnskap enn kortsiktig økonomisk styring. Det må skje en riktig fordeling av økonomiske midler til de enkelte foretak. Enkelte foretak er forfordelt. Sykehusene er ikke vanlige produksjonsbedrifter. Politikere må inn i styrene, i tillegg til bedriftsledere, - noe som er på gang. Det er nødvendig med helt konkrete planer som kan gjennomføres i helseregionene og ressurser må tilføres kommunene.

DRG-systemet (diagnoserelaterte grupper) må revideres, og forbedres betraktelig. Plassering av grenspesialiteter på forskjellige sykehus (jfr. sykehusene rundt Mjøsa), må ikke resultere i at skrøpelig syke med flere forskjellige lidelser samtidig, skal sendes på en lang rundreise. SINTEF's evaluering av funksjonsfordelinga er hard i sin kritikk. Behandlingstilbudet er svekket og målene som var begrunnelsen for flyttingen av avdelingene hit og dit, er nå for eksempel for sykehuset Innlandet lenger unna før vedtaket. Spesielt ille er at fag som burde vært samlokalisert, er adskilt. Økonomisk har heller ikke omveltningene gitt noen entydig gevinst.

Lokalsykehusene må det tas vare på. Sengeenhetene egner seg bra til viderebehandling og rehabilitering. Beredskapsnivået kan senkes noe, men det bør innen 2. linjetjeneste etableres poliklinikker for spesialundersøkelser og etterkontroller på lokalsykehusene. Det burde være mulig for leger ansatt på hovedsykehuset å drive disse poliklinikkene. De økonomiske ordningene bør være slik at pasienter som velger å bli behandlet ambulant ikke taper penger i form av honorar, bandasjer og medisiner, i motsetning til en pasient som blir lagt inn for heldøgns hospitalisering og slipper betalingen. Det er slett ikke alltid sykdommens alvorlighetsgrad som medfører innleggelse.

Akuttberedskapen må bygges enda bedre ut på hovedsykehus. Det er også nødvendig med styrking av ambulansetjenesten, både hva angår ressurser og utdanning av personell. Kanskje ligger muligheten for å redde flere liv her. Helsepersonell kunne med fordel være mer mobile, og dermed hindre lang transport av pasienter.

Statlige utskrivningsavdelinger

Norsk Pensjonistforbund foreslår etablering av egne utskrivningsavdelinger for ferdigbehandlede pasienter som venter på sykehjemsplass. Sykehus i Oslo har allerede leid noen plasser. Norsk Pensjonistforbund mener at slike plasser må etableres uten reduksjon av antall sykehjemsplasser, og at etablering og drift av utskrivningsavdelinger inngår i statens sykehusbudsjett fordi midler til kommunene ikke kan øremerkes. Forslaget forutsetter regelverk som sikrer at avdelingene ikke blir en sovepute for å unnlate å bygge tilstrekkelig med sykehjemsplasser i kommunene. Det må videre sørges for tilfredsstillende medisinsk oppfølging, og da helst fra den sykehusavdeling pasienten har vært behandlet ved.

4. Avhumanisering av spesialisthelsetjenesten

Vi er bekymret over det vi oppfatter som en tiltakende avhumanisering av spesialisthelsetjenesten. Pasienter og pårørende klager over:

- At de får lite informasjon
- At de stadig får nye leger og nye pleiere
- At de skrives ut uten at en veiledende samtale
- At de sendes til undersøkelse uten forklaring
- At leger ikke går i sykebesøk
- At de opplever liten autonomi

Vi mener derfor at det er behov for tiltak både i grunn- og videreutdanningen av helsepersonell. Det må legges vekt på å skape en god kultur i avdelingen og i institusjonen. Etske refleksjoner må bli en viktig del av arbeidet. Mulighet for "second opinion" må styrkes. Kommunikasjon og informasjon må få større vekt, kontinuitet (primærlege og – sykepleie) må styrkes ved avdelingene og personalet og pårørende må føle seg møtt.

Vennlig hilsen
Norsk Pensjonistforbund



Harald Norman
Generalsekretær



Anne Hanshus
konsulent