

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref
2000602349-/IMN

Vår ref
G.S.

Dato
23.06.06

Høring om Nasjonal helseplan

NHF viser til Soria Moria erklæring og gir sin fulle støtte til følgende punkter:

- ***”Vi har som mål at alle skal ha tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester.”***
- ***”Regjeringen vil satse sterkt for å bygge ut pleie- og omsorgstjenestene. Vi trenger flere hender i omsorgsarbeid.”***
- ***”Omsorgstjenestene skal være et offentlig ansvar. Vi ønsker ikke kommersialisering og privatisering av grunnleggende offentlige velferdstjenester. ”***
- ***”Mennesker som lever med funksjonshemming og kronisk sykdom må sikres en livskvalitet på linje med den øvrige befolkningen.”***
- ***”Arbeidet for at barn med funksjonshemming og kronisk sykdom får et godt og tverrfaglig habiliteringstilbud.”***
- ***”Regjeringen vil gjennomføre brukermedvirkning som prinsipp.”***

Videre foreslår regjeringen i Soria Moria erklæringen at:

- ***”det skal foreta forbedringer i ordningen med BPA.”***
- ***”Oppfylle målet om utflytting av unge funksjonshemmede fra eldreinstitution.”***
- ***”Gjennomgå den vedtatte handlingsplanen for familier med barn med funksjonshemming, og sikre nødvendig avlastning og bistand til familier med barn med store funksjonshemminger”***
- ***Regjeringen vil legge prinsippene om samfunnsmessig likestilling og universell utforming til grunn i sitt arbeid. Dette må sikres gjennom nasjonallovgivning og tjenester, en lov mot diskriminering av funksjonshemmede og forpliktende tidsplan for tilgjengelighet.”***

Norges handikapforbund – NHF mener at det er meget positivt av regjeringen å foreslå en fireårig nasjonal helseplan som kan styre den framtidige helsepolitikken. NHF mener at denne planen må bygge på de føringer som er gitt i ovennevnte punkter fra Soria Moria erklæringen.

Prinsipper og utfordringer i helsepolitikken

En nasjonal helseplan må etter NHF mening ha som mål at absolutt alle som har behov for helsetjenester får lett tilgjengelige helsetjenester og av god kvalitet. Helsetjenestene dekker livsviktige behov for innbyggerne. De skal derfor være et offentlig ansvar og fritatt for egenandeler.

NHF betrakter egenandeler som skatt på sykdom. Egenandeler på helsetjenester er en stor hindring for mange med lave inntekter. Det er også udemokratisk og usosialt fordi lommeboken avgjør muligheten til bedre helse. Skal den økende sosialulikheten i helse reduseres, er egenandeler det første som må fjernes.

NHF mener også at helsepolitikken må skifte kurs. Behov for helsehjelp angår hele folket og helsepolitikken må bygges på en felles ideologi. Denne ideologien må bidra til å fremme god helse, likestilling og velferd. Den må ha en sosial dimensjon og bygge på en annen forståelse av helse enn et snevert biologisk/medisinsk syn, eller paternalistisk omsorgssyn.

Forebyggende helsearbeid må få større plass. Mange sykdommer kan forebygges med tidlig intervensjon. Det gjelder spesielt innenfor rehabilitering og psykisk helse.

NHF mener at helsepolitikken må knyttes sterkere til velferds- og sosialpolitikken. Det er godt dokumentert at grupper i samfunnet med dårlige levekår sliter også med dårligere helse. Vi viser til Ivar Lødemels undersøkelse om at svært mange fattige sliter med helsa, faktisk flere enn en tidligere har trodd.

NHF mener også at helsepolitikken skal ha som mål resultatlikhet. Det betyr at alle som trenger helsehjelp skal få hjelp av samme kvalitet. Ingen med helsehjelpsbehov skal utestenges eller få et dårligere tilbud.

NHF mener at et godt samfunn er et samfunn som kan tilby alle gode helsetjenester, og som ikke gjør forskjell på fattig og rik, høy eller lav utdannet eller bosted.

Helsetilbudet må organiseres slik at det når fram til alle. De med dårligst helse og de som ikke selv klarer å ivareta sine helsebehov, må sikres den helsehjelpen de trenger.

En nasjonal helseplan må også preges av en erkjennelse om at samfunnsdeltakelse i ulike former gir god helse

Om spesialisthelsetjenester

Behov for spesialisert helsehjelp handler oftest om livsnødvendige tjenester og mer komplekse helsetilstander som krever spesialisert kompetanse. Spesialisthelsetjenester må derfor preges av høy helsefaglig- og etisk kompetanse.

Helsereformen i spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenester har gjennomgått store omstillinger de siste årene. Ikke alle disse omstillingene har vært av det gode. Erfaringer med helsereformen i sykehussektoren viser dessverre en skjev utvikling på mange områder.

Diverse undersøkelser og tilbakemeldinger til NHF dokumenterer reformens svakheter. Vi nevner bl.a.

- økt sosial ulikhet i helse (HODs tall om sosiale ulikheter i helse)

- problemer med tilgang på spesialisthelsetjenester for de med lavest utdanning/inntekt (Kunnskapsoversikt, SHdir. 2005:41)
- flere med alvorligere sykdomstilstander på ventelister (Rådet for psykisk helse og RIO)
- fortsatt korridorpasienter (HOD)
- fritt sykehusvalg for noen få (SHdir)
- konstant trussel om nedlegging av lokale sykehus/sykehusavdelinger,
- for tidlig utskriving av pasienter og
- økende gap i dødelighet mellom grupper med høy og lav sosioøkonomisk status (Rapport fra Nasjonalt folkehelseinstitutt)
- flere helseskader i sykehussektor (NPE-Norsk pasientskadeerstatning)
- flere klager på helsetjenester (rapport 2005 fra pasientombudene)

NHF mener at både lovgivningen, organiseringen og finansieringen av helsereformen har ikke bidratt til å løse de problemene som reformen skulle løse. Helsereformen har derimot skapt nye problemer.

Om helselovgivning og pasientrettigheter

Flere hjemler i pasientrettighetsloven benyttes kun av noen få og de som bruker dem er oftest grupper som fra før har en stor plass i samfunnet. Vi nevner som eksempler fritt sykehusvalg, retten til helsehjelp, tilgang på spesialist helsetjenester, utrednings- og behandlingsfrister osv.

Fritt sykehusvalg brukes som tidligere fryktet av noen få. Kun 1,6 % av pasientene benytter seg av fritt sykehusvalg. Det er også ofte slik at det er de pasientgruppene som sitter med tilgang til informasjon og kunnskap som bruker disse rettighetene.

Egenandeler på reise/transport for sykehus utenfor egen region, hindrer også at de med lavest inntekter ikke kan benytte seg av "det frie sykehusvalget."

Pasientrettighetslovgivningen har også blitt benyttet til en bakveis privatisering av helsetilbudet. Dette tilbudet (private helsetjenester) tilgodeser først og fremst de pasientgruppene med høy sosioøkonomisk status.

Samtidig brukes andre juridiske virkemidler til ekskludering av mennesker med stort helsehjelpsbehov.

Om prioriteringsforskriften

Prinsippene i denne forskriften om at det skal tas hensyn til "forventet nytte", "hvor alvorlig tilstanden er" og "kostnader sett i forhold til effekt av tilbudet" tolkes vilkårlig. Det viser seg å gå spesielt utover pasientgrupper med lav sosialstatus (rusavhengige, personer med psykiske lidelser, pasienter med lengre rehabiliteringsbehov og som i liten grad er i stand til å ivareta sine interesser). Pasientorganisasjoner melder at de i økende grad får henvendelser fra mennesker som blir avvist for nødvendig helsehjelp. Avslag begrunnes i for eksempel prinsippet om "forventet nytte".

NHF mener at press på sykehusøkonomi og krav om effektivitet i kombinasjon med ovennevnte prioriteringsprinsipper fører lett til uetiske vurderinger. Grupper av mennesker som har et svakere stilling i samfunnet, blir lett forskjøvet. Dette fordi økonomien og ikke faglige og etiske vurderinger blir det sentrale. NHF mener at dette må gjøres noe med da det går utover de dårligst stilte pasienter.

En annen hjemmelsendring som får negative konsekvenser for en del pasienter er den som handler om pasientutskrivning fra sykehus. Denne hjemmelen ble endret fra ”ferdig behandlet” til ”utskrivningsklar”. Det har åpnet for tidligere utskrivning av pasienter enn før reformen. Denne endringen innebærer at pasientene trenger ikke lenger å være ferdige behandlet for å bli utskrevet fra sykehus. Hvis legen vurderer at pasienten tåler en hjemsending, blir pasienten utskrevet.

NHF har i de siste årene fått mange henvendelser fra personer som mener at deres helsetilstand er så dårlig at de trenger lengre sykehusopphold enn det sykehuslegen bestemmer. De blir sendt til hjemkommunene, men kommunene klarer ikke på kort varsel å etablere det helsetilbudet pasientene trenger. Den som blir skadelidende er pasienten. SSB statistikken viser at antall dager for pasientopphold på sykehus i gjennomsnitt har gått ned fra 7,4 døgn i 1999 til under 5,1 døgn i 2005.

Om samarbeid og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

NHF mener at det er også et stort problem at det ikke finnes mer forpliktende kjøreregler for samarbeid og ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det er heller ingen straffereaksjoner når pasientene blir skadelidende. Dette går spesielt utover pasienter som trenger langstrakte rehabiliterings prosesser. NHF får en del tilbakemeldinger om at helsetilbudet ofte forsvinner eller blir dårligere etter den første akutte fasen. Mange gir uttrykk for at de har behov for eksempel for psykisk hjelp. Manglende psykisk hjelp kan for mange bli et hinder for en raskere tilbakevending til arbeid.

Om rehabilitering

NHF får også tilbakemeldinger fra landsforeningens medlemmer om at det er problematisk å få tilgang til spesialisthelsetjenester og rehabilitering. Mange erfarer at tilbudet er nedprioritert både i spesialisthelsetjenesten, men spesielt i mange kommuner. Resultatet er et dårlig og oppstykket tjenestetilbud. Pasientenes pårørende må ofte gjøre en betydelig innsats for i det hele tatt å få etablert et minimums tilbud. Vi har eksempler hvor pårørende stiller opp selv som hjelpere og ”behandlere” når tiltakene uteblir. Det kan gjelde for eksempel manglende fysioterapitilbud.

NHF mener at oppfølgingen av pasientene må fremstå som et helhetlig opplegg som skal fungere automatisk når det er behov for det.

NHF foreslår at det må få konsekvenser for eksempel i form av bøter, når sykehus og/eller kommuner ikke tar sitt ansvar alvorlig og det går utover pasientene.

Sykehus finansiering

Modellen med delvis innsatsstyrt finansiering av spesialisthelsetjenesten (ISF) bidrar også til at helsetilbudet ledes til det som er økonomisk lønnsomt og ikke der hvor den trenges mest.

Helsereformen har heller ikke løst problemet med kontroll over økonomien. Helseutgiftene fortsetter å øke, samtidig som de fleste sykehus sliter med store underskudd. Vi har flere eksempler med forsøk på juks med DRG (koding) fra sykehushold for å få mer penger.

Dette skjer samtidig som pengeoverføringene til private sykehus har hatt en voldsom økning på kort tid. De offentlige pengeoverføringer fra spesialisthelsetjenesten til private helsetilbud (behandler i hovedsak lettere helsetilstander) er blitt mangedoblet de siste årene, fra 717 millioner i 2003 til 2971 millioner i 2004/SSB tall.

På bakgrunn av ovennevnte mener NHF at helsereformen må få en grundig evaluering og reverseres eller endres om nødvendig. Helsetjenestetilbudet må bygges på samfunnsøkonomisk styring og ikke på kortsiktige bedriftsøkonomiske hensyn.

Pleie- og omsorgstjenester

Pleie- og omsorgstjenestene forvalter livsnødvendige tjenester for funksjonshemmede og andre som avhenger av kommunale helse- og sosiale tjenester. På tross av dette har pleie- og omsorgstjenestene vært lavt prioritert av sentrale myndigheter.

NHF har solid dokumentasjon på at det har ført til dramatiske konsekvenser for mange. Spesielt for unge mennesker med funksjonsnedsettelse og familier med funksjonshemmede barn.

Det er derfor gledelig at nåværende regjerende myndigheter tilfører bedre økonomiske ressurser til kommunene og gir klart uttrykk for en sterkere satsing på dette området.

NHF mener at det er nødvendig med flere virkemidler enn bedre økonomi for å løse de problemene som funksjonshemmede og andre møter med pleie- og omsorgstjenesten.

NHF mener at den fremtidig omsorgen må bygge på følgende plattform

- Likestilling og samfunnsdeltakelse må i praksis prege den fremtidig omsorgen.
- Grunnleggende behov må sikres i form av rettskrav på bestemte sosiale tjenester.
- For funksjonshemmede gjelder det spesielt å få rettskrav på BPA i et omfang som gjør det mulig å leve som andre.
- Målet om et selvstendig og aktivt liv må få en sterkere rettskraft og knyttes til tjenestetilbudet.
- Direkte eller skjulte former for institusjonalisering av funksjonshemmede mot deres vilje, må forbys.
- Egenandeler må fjernes
- Kvalitet innebærer å satse på flere hender og mindre på standardiserte verktøy
- Universell utforming må implementeres i praksis

NHF mener prinsipielt at de fremtidige pleie- og omsorgstjenesten må bygges på et bredere ideologisk grunnlag enn omsorgsideologien.

NHF mener at den tradisjonelle omsorgsideologien har fungert paternalistisk. Den bygger på et menneskesyn om funksjonshemmede som syke. Dette synet har i sterk grad bidratt til en umyndiggjørende holdning overfor funksjonshemmede. Det har også muliggjort at mange funksjonshemmede presses mot deres vilje til et liv i institusjoner og sykehjem.

NHF mener at helseprofesjonens dominans i pleie- og omsorgstjenestenes har vært en bremsekloss for funksjonshemmedes rett til å bli sett som borgere, og rett til samfunnsdeltakelse på linje med andre. NHF mener derfor at pleie- og omsorgs kompetanse må utvides til andre faggrupper enn kun helseprofesjoner.

Om bosted på sykehjem og institusjonslignende tilbud

Stortinget har vedtatt at ingen funksjonshemmede skal få bo mot sin vilje i sykehjem, og at de som vil skal flyttes ut innen utgangen av 2005. Dette målet har myndighetene ikke nådd. Det er fortsatt mange funksjonshemmede som bor i sykehjem eller institusjonslignende boliger.

Andre tvinges til isolasjon i eget hjem fordi tjenestetilbudet uteblir. Det gjør at mange unge mennesker får psykiske plager. NHF mener at denne realiteten ikke er verdig et rikt samfunn.

Assistanse til grunnleggende behov kan ikke oppfattes som noe annet enn grunnleggende og elementære menneskerettigheter. Disse rettighetene har ikke funksjonshemmede i dag og Norge bryter dem daglig.

En ny omsorgsmelding må foreslå å få løst ovennevnte problemer. NHF forventer at det må bli slutt på sykehjem eller botilbud i institusjoner og at funksjonshemmede får rettskrav på assistanse.

Kommuner som presser funksjonshemmede mot deres vilje i institusjoner, må få straffereaksjoner.

Barn og ungdom med funksjonsnedsettelse

NHF mener også at de fremtidige omsorgstjenester må gi en sentral plass til barn og ungdom med funksjonsnedsettelse.

Fravær av muligheter til aktiviteter og samfunnsmessig deltakelse gjør at mange får psykiske plager. Disse helsemessige konsekvenser kunne ha blitt forebygget om samfunnsperspektivet og det psykososialt tilbudet hadde hatt en sentral plass i pleie- og omsorg.

NHF's erfaring er at mange barn og unge sliter med psykiske plager og at de ikke får hjelp i kommunene. Psykologhjelp er en mangelvare i pleie- og omsorgstjenester. Vi vet at lettere psykiske plager utvikler seg ofte til alvorligere problemer når de ikke blir behandlet.

Om en utvidet kompetanse

NHF mener også at den fremtidig pleie- og omsorgstjenesten må åpnes for yrkesgrupper med sosialkompetanse som sosionomer og psykologer. For NHF er det unaturlig at yrkesgrupper uten sosialkompetanse skal forvalte livsnødvendige sosiale rettigheter som for eksempel BPA. En utvidet kompetanse i pleie- og omsorgstjenestene vil etter NHF's mening bidra til å motvirke et snevert medisinsk syn på brukerne og deres behov.

Om brukerstyrt personlig assistanse - BPA

BPA er den eneste sosialtjenesten som gir funksjonshemmede frihet og mulighet til et aktivt og selvstendig liv. Med BPA får funksjonshemmede et liv på egne premisser. Men retten til BPA er svak. Det er kommunene som bestemmer om den enkelte får tildelt BPA og i hvilke omfang.

Usikkerheten som sosiallovgivningen gir om retten til grunnleggende sosiale tjenester, bidrar etter NHF mening i sterk grad til at mange funksjonshemmede ikke tør å satse på utdanning eller jobb. NHF mener derfor at omsorgsmeldingen skal gi en sentral plass til funksjonshemmede og BPA.

I NOU 2001:22 Fra bruker til borger – En strategi for nedbygging av funksjonshemmede barrierer påpekte utvalget at myndighetene må ta i bruk tiltak i form av ***”sterkere rettigheter og kvalitet for brukerne i sosial- og helsetjenestene”***.

NHF støtter den rettslig oppfatningen som NOU 2001:22 uttrykker om helse- og sosiale tjenester og ber myndighetene at dette følges opp i den nye omsorgsmeldingen og ny helse- og sosiallovgivningen som er på trappene.

NHF viser også i denne sammenhengen til behovet for en styrking av formålsparagrafen i sosialtjenesteloven. Vi støtter oss til bl.a. uttalelser fra Sosialkomiteen og Utvalget som la fram NOU 2001:22 "Fra bruker til borger".

Om kvalitet i tjenestetilbudet

Innst. S. nr. 99 – 2000-2001 om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene som slår fast at *"det er særlig viktig at omsorgstjenestene og hjelpetiltak uansett behov, er utformet slik at den enkelte så langt som mulig kan føre et aktivt og selvhjulpent liv. Helt siden 1981 har målsettingen for politikken for funksjonshemmede vært full deltaking og likestilling i samfunnet. Flertallet vil understreke at det skal være det grunnleggende prinsipp når hjelpetiltak skal utformes, og legger vekt på at det må ikke velges tiltak som begrenser den funksjonshemmedes valgmuligheter, alene basert på økonomiske betraktninger."*

NOU 2001:22

"Etter utvalgets mening bør personer med funksjonsnedsettelse ha et rettskrav på sosial- og helsetjenester som ikke bare dekker nødvendige behov, men som sikrer mulighet for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og mulighet for aktiv deltagelse i samfunnslivet. Det bør være mulig å formulere klarere krav til kvalitet og omfang, og å gi den enkelte en større rett til selv å bestemme typer av hjelpetiltak."

Om samarbeid og tilknytning til NAV

En nasjonal helseplan og ny omsorgsmelding må også omfatte samarbeidet mellom NAV virksomhet og helse- og sosiale tjenester. Dette må gjøres på både kommunalt og statlig nivå. NAV vil disponere av en rekke virkemidler som er viktige for samfunnsdeltakelse, arbeid og utdanning. Disse virkemidlene må settes til disposisjon for brukerne av pleie- og omsorgstjenester.

Om universell utforming

Universell utforming er en vedtatt sentral politikk. Likevel er det en lang vei å gå for å få implementert politikken i praksis. En nasjonal helseplan, ny omsorgsmelding og ny velferdsmelding må forankre denne politikken i all helse- sosial- og velferds virksomhet og utbygging. Det må stilles klare krav om universell utforming til de ansvarlige i sine mandater.

Med vennlig hilsen

Norges Handikapforbund

Eilin Reinaas
Forbundsleder

Lars Ødegård
Generalsekretær