



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår ref. SEM/FG/EH/gc/ab Deres ref. 200602349-/IMN Dato 26. juni 2006

Nasjonal helseplan (2007-2010) – høringsinnspill

LHL, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke har gått gjennom høringsnotatet om Nasjonal helseplan – tematisk gjennomgang av status og utfordringer på sentrale områder. Vi takker for at det er gitt utsettelse for innsending av kommentarer.

LHLs hovedinnspill:

1. LHL mener at det offentlige må ha det *overordnede ansvaret for helsetjenestene* – gjennom lovgivning, organisering og finansiering. Samtidig må det offentlige ha ansvar for å sikre at mennesker som lever med kronisk sykdom og funksjonshemming får et mest mulig selvstendig og sosialt dagligliv. Den gode helsetjenesten er derfor individtilpasset, samtidig som tjenestene ytes innenfor rammen av universelt utformede ordninger og rettigheter. Og den solidariske helsetjenesten er *skattefinansiert* og ikke basert på brukerbetaling og egenandeler. LHL forventer at Nasjonal helseplan styrker helsetjenestens solidariske grunnlag og samhandling på individnivå.
2. LHL mener at *rehabilitering* er en av de viktigste utfordringene i norsk helsevesen. LHL forventer at Nasjonal helseplan prioriterer rehabilitering, og at rehabilitering i perioden 2007-2010 blir et stort nasjonalt satsingsområde. Reformen må forankres i en nasjonal handlingsplan for rehabilitering. En satsing på rehabilitering er avgjørende for å oppnå resultater både innen forebygging og behandling.
3. LHL mener at *forebyggende helsearbeid* – ikke minst for å forebygge livsstilssykdommer – må få stor oppmerksomhet i Nasjonal helseplan. LHL har særlig store forventninger til den nasjonale *kolsstrategien*, ut fra både forebyggings- og rehabiliteringshensyn.
4. LHL mener at *samhandling mellom offentlig og frivillig sektor* er av største betydning for utvikling av kvalitet i helsetjenesten og for å møte udekkede behov. Mange helsetjenester er blitt startet av frivillige organisasjoner. LHL mener at Nasjonal

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke



Postadresse Pb 4375 Nydalen, 0402 Oslo
Besøksadresse Sandakerveien 99, Oslo

Telefon 22 79 93 00
Telefax 22 22 38 33

E-post post@lhl.no
Internett www.lhl.no

Bankgiro 8200 02 33311
Organisasjonsnr. 940 190 738

helseplan må legge godt til rette for frivillige organisasjoners initiativ og engasjement i videreutvikling og gjennomføring av helsetjenestene og i styrket samarbeid med de offentlige helsetjenestene.

5. LHL mener at helsetjenestene må utformes og utøves med utgangspunkt i *pasienters perspektiv*, og at personer med kronisk sykdom og funksjonshemming i stigende grad må kunne forvente å få tjenester *på brukernes egne premisser*. Videreutvikling av brukermedvirkning må bli et satsingsområde i Nasjonal helseplan. LHL forventer systematisk forbedring av helsepersonells ferdigheter i individuell brukermedvirkning, samtidig som den representerende brukermedvirkning må bygges ut og styrkes i alle styrer, råd og utvalg i helsevesenet.
6. LHL mener at Nasjonal helseplan må *reducere sosial ulikhet i helse*. Helsesektoren har en dobbel utfordring: Å tilpasse helsetjenestene til de med de dårligste sosioøkonomiske forutsetningene, og å påvirke andre samfunnssektorer til å føre en helsefremmende politikk – det vil si en politikk for små sosiale forskjeller og sterke sosiale nettverk som fremmer deltakelse, støtte, medansvar og fellesskap.

Innledende kommentarer

Høringsnotatet har ifølge departementets omtale til hensikt å identifisere og belyse aktuelle problemstillinger for planen, jfr omtale på HODs hjemmeside under overskriften Nasjonal helseplan – organisering og prosess. LHL hadde forventet at *rehabilitering* var tatt med på listen over felles utfordringer i helsetjenesten. Nok en gang er dette temaet skjøvet ut av prioriteringslisten og ikke tatt med blant "*områder der det er særlig viktig at utviklingsarbeidet skjer innenfor koordinerte og helhetlige rammer*" (høringsnotatet side 12). Det tør være symptomatisk at mens ordet *rehabilitering* totalt blir brukt sju ganger i høringsnotatet, blir *forebygging* omtalt 20 ganger.

Nå er det ikke nødvendigvis slik at prioriteringen følger antall omtaler. Likevel ligger det et sterkt signal i at mens eldre nevnes hele 19 ganger, blir ordet *funksjonshemmede* overhodet ikke nevnt. Begepet *kronisk syke* blir brukt fire ganger.

LHL mener det er påfallende at departementet i denne sammenhengen ikke nevner *funksjonshemmedes organisasjoner* og bare to ganger finner grunn til å omtale *frivillige organisasjoner*. Funksjonshemmedes organisasjoners arbeid når det gjelder pasientopplæring, likemannsarbeid og rehabilitering blir totalt oversett, frivilligheten som helt nødvendig aktør og medspiller for løse landets helse- og omsorgsoppgaver likeså.

Utfyllende kommentarer til våre hovedsinnspill

1. Det overordnede ansvaret for helsetjenestene

Departementet beskriver innledningsvis at det er bekymring for hvilken bærekraft den solidariske nordiske modellen i framtiden vil ha i forhold til trender preget av individua-

lisering. Dette er en bekymring LHL deler. Økende forskjeller i levekår og helse og økende forskjeller mellom yrkesaktive og ikke-yrkesaktive er av de viktigste truslene mot et solidarisk, offentlig finansiert og offentlig styrt helsevesen som favner alle. LHL mener det er viktig å kjempe mot en utvikling der et økende antall samfunnsmedlemmer ser seg best tjent med å kjøpe seg egne helsetilbud. Skal den nordiske velferdsmodellen kunne opprettholdes, må oppslutningen sikres gjennom skattevilje i befolkningen og gode universelle velferdsordninger som alle får del i. LHL mener det også kreves vilje til å bruke mer ressurser til helseformål, tatt i betraktning en rask økende eldrebefolkning og økende behov for helsetjenester.

Likeverdig tilbud av helsetjenester

Høringsnotatet slår fast at *"et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av sosial bakgrunn, er et sentralt mål for norsk helse- og omsorgspolitik" (høringsnotatet side 7).* Dette kan bare nås med mangesidig innsats slik departementet påpeker. Det krever også målrettet arbeid innad i helsevesenet selv og i de ulike personellgrupper som står for tjenesteytingen.

Geografiske forskjeller i tjenestetilbud

Det er klare data på at det er geografiske forskjeller i hvem som får rett til helsehjelp da det er ulik praksis mellom RHFene. Slik det er referert i Tidsskriftet Mandag morgen nylig, kom 92 % av pasientene inn under "rett til helsehjelp", mens i en annen region ble bare 56 % vurdert som rettighetspasienter (Mandag morgen, nr 20, 12.06.2006). Også på andre parametre er det store forskjeller. Dette er et problem og var slett ikke det LHL håpet skulle oppnås ved statlig overtakelse av sykehusene. Det må bygges opp et helsetilbud og praksis som er lik på tvers av regionene.

Egenandeler

LHL viser til Soria Moria-erklæringen der regjeringen vil *"reducere egenandeler på helsetjenester og holde dem på et lavt nivå"*. LHL forventer at dette igangsettes i statsbudsjettet for 2007 og vil bety konkrete reduksjoner.

En senking av egenandelene på helsetjenester vil utvilsomt bedre tilgjengeligheten til helsevesenet. Høy egenbetaling hindrer en del mennesker å ta nødvendig kontakt med lege. Dårlig tilgang til helsetjenesten rammer først og fremst de med minst ressurser. Dette er dokumentert i to ferske undersøkelser – både fra Sosial- og helsedirektoratet og fra Statistisk sentralbyrås levekårspanel (Dagsavisen, 07.06.2006). Derfor er senking av egenandelene et helt nødvendig tiltak i arbeidet for å redusere sosial ulikhet i helse.

Klargjøring og styrking av individuelle rettigheter

LHL mener lovfesting av individuelle rettigheter er en viktig strategi for å bedre tilgjengeligheten til helsetjenester. Når retten til fritt sykehusvalg brukes mer av de høyt utdannede enn av de lavt utdannede, er det et signal om at informasjonen om ordningen

ikke har fungert. Sannsynligvis har fastlegene heller ikke ytt den nødvendige assistanse. LHL mener pasientrettighetsloven bør styrkes, blant annet gjennom en styrket rett til rehabilitering. Det er viktig å videreutvikle lovgivningen rundt retten til individuell plan.

Lokalsykehus

LHL støtter departementets ønske om å opprettholde lokalsykehusene. Lokalsykehus representerer nærhet og trygghet for brukerne. Gode lokalsykehus er viktig for at mennesker skal kunne leve og bo i hele landet. Hvis et sykehus skal ha akuttfunksjoner – må det være på et forsvarlig nivå.

LHL leser med interesse at departementet ønsker å utvikle lokalsykehusenes tilbud slik at de i større grad er rettet mot de store framtidige pasientgrupper med kroniske sykdomstilstander og syke eldre med sammensatte lidelser. Dette er en funksjonsdiskusjon som LHL ønsker å komme tilbake med synspunkter på når planen skal behandles til høsten.

2. Rehabilitering

LHL mener det er en stor svakhet ved departementets liste over felles utfordringer i helsetjenesten at *rehabilitering* mangler. Hvis nasjonal helseplan skal understøtte at utviklingen av de ulike delene av helsetjenesten får et helhetlig preg, må rehabilitering løftes opp som felles utfordring i de neste fire årene. På den måten understrekes det at rehabilitering skal være en del av et helhetlig helsetilbud.

LHL vil på nytt påpeke behovet for en rehabiliteringsreform. St.meld. nr. 21 (1998-99) førte ikke til den nødvendige opprioritering – verken politisk eller økonomisk. Det er nå kommet signaler om at planen om en nasjonal rehabiliteringsplan blir endret til en strategi for rehabilitering. Dette frykter vi betyr at rehabilitering ikke blir prioritert. Vi vil minne om at kravet om en nasjonal handlingsplan for rehabilitering har hatt bred tilslutning i Stortinget og funksjonshemmedes organisasjoner helt siden LHL første gang formulerte kravet i forbindelse med Stortingets behandling av St.meld. nr. 21 (1998-99). Det er et økende behov for rehabilitering. Dersom satsingen igjen lar vente på seg, vil det være dramatisk for mange mennesker.

LHL mener rehabiliteringsreformen må forankres i en nasjonal handlingsplan. Denne må omfatte alle grupper funksjonshemmede og hele rehabiliteringsfeltet, og inkludere spesialisert rehabilitering og arbeidsrettet rehabilitering. LHL vil understreke at rehabilitering er en del av en helhetlig behandlingsskjede.

LHL viser til at rehabiliteringsmeldingen la til grunn at kommunene må ha et hovedansvar for, og den viktigste koordinerende rollen, i rehabiliteringsarbeidet. Det er lite tilgjengelig av informasjon om rehabiliteringsarbeidet i kommunene, og det lille som finnes, indikerer at situasjonen er langt fra tilfredsstillende. LHL går inn for at det etableres en rapporteringsordning, og at Stortinget årlig må bli forelagt en rapport om utviklingen i kommunenes rehabiliteringsinnsats. Rehabilitering er et felt som er sårbart

for svingninger i kommunenes økonomi, og for tilgangen på fagpersoner. Så vel økonomiske som faglige betingelser må legges bedre til rette for kommunene, bl.a. gjennom større grad av øremerkede ressurser. Staten må skjerpe kravet til kommunene til virkelig å ta det hovedansvaret de er pålagt innen rehabilitering.

3. Forebyggende helsearbeid

LHL støtter departementet i at en helhetlig folkehelse- og forebyggingspolitikk må være en integrert del av Nasjonal helseplan. For LHL som representerer mennesker med hjerte- og lungesykdom, er det viktig at forebygging av livsstilssykdommer blir prioritert og tilføres friske ressurser. Forebygging av hjerte- og lungesykdom krever satsing på mange områder, fra mer rettferdig fordeling av samfunnets fellesgoder og mer helsefremmende livsmiljø, til kampanjer mot tobakk og luftforurensning og mer målrettede tiltak overfor grupper og enkeltindivider. Med tanke på den store økningen i antall kols-tilfeller, vil LHL spesielt understreke betydningen av å få på plass den nasjonale kolsstrategien.

4. Samhandling mellom offentlig og frivillig sektor

LHL mener departementet på bakgrunn av Soria Moria-erklæringens løfte om å skape en *ny og helhetlig frivillighetspolitikk*, i langt større grad burde drøftet hvilken betydning frivillig sektor kan få for utviklingen av helsetjenestene. Mange helsetjenester ble startet av frivillige organisasjoner. På mange områder vil det være umulig å opprettholde tilbudet uten medvirkning fra frivilligheten.

LHL er fornøyd med at departementet er tydelig på at sykehus og helseinstitusjoner drevet av frivillige organisasjoner skal sikres gode og stabile rammevilkår gjennom avtaler med det offentlige. Avtalene må være slik at det sikrer institusjonene forutsigbarhet og langsiktighet som gjør at de kan fortsette å utvikle kvaliteten i sine tilbud. LHL vil i den forbindelse understreke at anbudssystemet er uegnet som system for det offentliges kjøp av helsetjenester fra private tjenesteytere.

LHL må som øvrige ideelle organisasjoner som er engasjert i produksjon av velferdstjenester, være opptatt av mest mulig lønnsom tjenesteproduksjon. I våre virksomheter føres alltid eventuelt overskudd tilbake i virksomheten for derved å kunne utvikle tjenestetilbudet ytterligere. Dette mener vi er en hovedforskjell til de rent kommersielle aktører hvor virksomhetsideen hviler på motivet om å skaffe fortjeneste til eierne. Vi vil også peke på at når ideelle organisasjoner utvikler tjenester, skjer det i et tett samarbeid med brukerne.

LHL mener at departementet burde tatt opp den rolle som frivilligheten i dag spiller i løsningen av helse- og omsorgsoppgaver i Norge og samtidig drøftet det mange observerer i dag – at frivilligheten er i endring. Dette går både på folks innstilling til å yte frivillig innsats og økonomien i frivillig sektor. Det er vanskelig å se for seg at samfunnets helse- og omsorgsoppgaver kan løses uten frivillig innsats også i årene framover. Skjer det store endringer, vil det bety utfordringer som helsevesenet bør ha drøftet.

LHL og andre frivillige organisasjoner tar på seg store oppgaver og viser stort samfunnsansvar i sitt engasjement. 2,5 mill. av landets innbyggere er engasjert i frivillig arbeid. Den samlede ubetalte tidsbruken tilsvarer 160.000 årsverk til en verdi av 40 milliarder kroner. Bare det foreløpige medlemskapet i FriNor omfatter 8 mill. enkeltmedlemskap og de vel 70 organisasjonene har en samlet omsetning på 9 milliarder kroner i året. Disse organisasjonene alene har 30.000 lokale foreninger (FriNor, 2005).

I LHLs 300 lokallag drives kontinuerlig ulike former for organisert likemannsarbeid – samtalegrupper, trim, besøktjeneste i sykehus for å nevne noen. I tillegg gir det lokale organisasjonsarbeidet sosial tilhøring og samfunnsmessig engasjement. Vi mener at gjennom dette arbeidet, sikres mange mennesker en bedre helse og bedre livskvalitet, og samfunnet ”sparer” mange kroner på helsebudsjettene. Poenget er at det ansvar som vi og andre organisasjoner tar og de oppgavene vi løser, har fått et omfang og nådd et nivå som gjør det til mer enn vårt anliggende å sikre de inntektene som skal til.

5. Pasientperspektivet og brukervedvirkning

Det er positivt at man i høringsnotatet slår fast at nasjonal helseplan skal ta utgangspunkt i pasienters perspektiv, samt at mestringsperspektivet skal stå sentralt planen.

Å innarbeide pasient- og brukerperspektivet i helse- og omsorgssektoren krever gode systemer, endring av holdninger og metoder – både på systemnivå og individnivå. Det må bygges opp en felles forståelse i sektoren om hvorfor dette er viktig. Det bør nedfelles i helseplanen en fortsatt satsning på gode systemer og metoder for brukervedvirkning. Brukervedvirkning er grunnmetoden for å innarbeide pasientperspektivet. Prosessen for å få dette godt til er på mange måter en erkjennelsesprosess blant ledelse og ansatte i sektoren om at dette perspektivet er likeverdig med annen tenkning som er representert i organisasjonen.

Det er viktig at brukerorganisasjonene på systemnivå får en reell medvirkningsmulighet innenfor hele helse- og omsorgssektoren. På den måten vil brukerne av tjenestene få innflytelse på helse prosessen. Blant annet mener vi nå tiden er moden for at styrene i helseforetakene også tar inn representanter for brukerorganisasjonene. Dette er en naturlig utvikling når man nå ønsker en sterkere vektlegging av demokratiaspektet i organiseringen. Det er også viktig at brukertvalgene til de ulike helseforetak blir involvert og kan gi råd i forkant av budsjettprosesser og at de trekkes med i utviklingen av ulike planer og prosjektarbeid.

6. Redusere sosial ulikhet i helse

LHL støtter departementets målsetting for arbeidet mot sosial ulikhet i helse, jfr. side 5 i høringsnotatet ”*Sosial ulikhet i helse skal bekjempes*”. Vi mener det er viktig at Nasjonal helseplan som et overordnet dokument er tydelig på målsettingen for dette arbeidet. Når LHL påpeker dette spesielt, er det fordi vi i andre offentlige dokumenter i det siste, har registrert at målene er mindre ambisiøse, jfr. ”*En av de viktigste utfordringene fremover*”

bør være å motvirke at helseforskjellene i Norge øker ytterligere” (Rapport fra SHDir 2006, side 7).

Strategien mot sosial ulikhet i helse må etter LHLs mening også omfatte inntektsutjevning som virkemiddel. Det er behov for en kombinasjon av samfunnsmessige tiltak og befolkningsrettet forebyggende innsats. LHL mener helsetjenesten må ha særskilt ansvar når det gjelder å informere og være pådriver for at andre samfunnssektorer må føre en helsefremmende politikk.

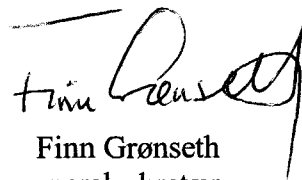
Helsevesenet og økende sosiale forskjeller

Ferske undersøkelser gjort av Statistisk sentralbyrå viser at pasienter med lite utdanning får dårligere hjelp hos legen enn andre. Samtidig har de dårligere helse og dør tidligere. LHL er bekymret for mangel på likeverdighet, både mellom pasient og helsepersonell og helsepersonell imellom. Økende sosiale forskjeller får negative virkninger på viktige relasjoner for helsetjenestene.

Tilgjengelighet til helsetjenester er først og fremst et ansvar for helsevesenet og helsemyndighetene - gjennom hvordan tjenester tilrettelegges, hvilke holdninger og ferdigheter leger og annet helsepersonell har og om brukerne tas på alvor. LHL forventer at myndighetene, så vel som partene i arbeidslivet, er seg sitt ansvar bevisst for å motvirke store sosiale forskjeller mellom pasienter og helsearbeidere. Dette må derfor bli sentralt i all utdanning av helsepersonell.

Med vennlig hilsen
Landsforeningen
for hjerte- og lungesyke

Svein Erik Myrseth
Forbundsleder
/s/



Finn Grønseth
generalsekretær