

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen
Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep,
0030 Oslo

Vår fil: B12-AA001-HOD
Vårt arkiv: 401
Saksbeh: A. Aarnes

Oslo, 20. januar 2012

FFOs krav til statsbudsjettet for 2013

Den 30. november 2011 oversendte FFO regjeringen krav knyttet til nødvendige hovedinnsatser i politikken for funksjonshemmede i statsbudsjettet for 2013. I dette brevet har vi som tidligere varslet i Kontaktutvalget med regjeringen 11. januar 2012, valgt å presisere andre sentrale krav til viktige prioriterte områder i politikken for funksjonshemmede og kronisk syke.

FFOs konkrete krav knyttet til statsbudsjettet 2013 på Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde er:

Helsetjenesten i kommunene

- *FFO ber regjeringen sørge for at arbeidet med kvalitet i tjenestene og pasientsikkerhet i kommunene løftes slik at mennesker som lever med kroniske tilstander får et godt helsetjenestetilbud.*
- *FFO ber regjeringen sørge for at kommunal medfinansiering avgrenses mot spesialisthelsetjenester som ikke skal etableres lokalt.*
- *FFO ber regjeringen om å bidra til at Statens Helsetilsyn følger løpende med på om kommunene etablerer tilfredsstillende helsetjenestetilbud. I tillegg må tilbudene følges opp og overvåkes slik at kvaliteten sikres.*
- *FFO ber om at regjeringen utarbeider en utviklingsplan for rekruttering av nye leger til kommunehelsetjenesten, samt iverksette tiltak som gjør det mulig å gradvis redusere listetaket, slik at maksimalt listetak for fastlegen settes til 1500 pasienter.*
- *FFO ber regjeringen øremerke deler av finansieringen til forebyggende og helsefremmende arbeid til sekundærforebygging for mennesker som lever med kronisk sykdom og funksjonshemming.*
- *FFO ber regjeringen sikre en økning av fysioterapitilbudet i kommunene og at det legges frem en utredning av hvilke konsekvenser omleggingen av fysioterapitjenesten i kommunene har fått for ulike pasientgrupper.*

- FFO ber regjeringen utarbeide en konkret plan for satsing på skolehelsetjenesten.
- FFO ber regjeringen bidra til at alle mottakere av hjemmetjenester må få rett til selv å velge om tildelte bistandstimer skal organiseres i form av brukerstyrt personlig assistanse.

Prioritering av helsetjenester til kronisk syke og funksjonshemmede

- FFO ber regjeringen tydeliggjøre behovet for å satse på tilbudet til mennesker som lever med funksjonshemning eller kronisk sykdom i sine styringssignaler til helsetjenesten.

Satsing på habilitering og rehabilitering

- FFO ber om at habilitering og rehabilitering blir et satsingsområde i arbeidet med å realisere samhandlingsreformen.
- FFO ber regjeringen gjøre habilitering og rehabilitering til et stort satsningsområde i årene fremover og at det avsettes særskilte bevilgninger til dette.
- FFO ber om at det innføres en ordning med fritt rehabiliteringsvalg.
- FFO ber regjeringen skjerpe kravet til de regionale helseforetakene om å utnytte kapasiteten ved de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene slik at flere pasienter får det tilbudet de trenger.
- FFO ber om at evalueringen av behandlingsreiser til utlandet følges opp, og at tilbudet utvides både for gruppene som omfattes av ordningen og for nye grupper.
- FFO ber regjeringen om at det etableres tverrfaglige rehabiliteringsteam i kommunene.

Profesjonskrav til helsetjenesten i kommunene

- FFO ber regjeringen om å gi forskrifter med profesjonsspesifikke krav til helsetjenestene i kommunene for å sikre nødvendig kompetanse og forsvarlighet i de tjenestene som ytes til mennesker som lever med funksjonshemning og kronisk sykdom.

Lærings- og mestringssentre lokalt

- FFO ber regjeringen sørge for at kommunene får en klar plikt til å etablere lærings- og mestringstilbud slik at det bygges opp et reelt tilbud og at det samtidig settes krav til den faglige kvaliteten disse tilbudene skal ha.

Nasjonal strategi for ungdomshelse

- FFO ber regjeringen utarbeide en nasjonal strategi for ungdomshelse.

Tannhelsetjenester

- FFO ber regjeringen utarbeide en stortingsmelding om tannhelsetjenester med sikte på en tannhelsereform som sikrer hele befolkningen nødvendige tannhelsetjeneste.

Legemidler

- FFO ber regjeringen heve bagatellgrensen for legemiddelkostnader betraktelig slik at pasientene får tilgang til ny godkjente legemidler så raskt som mulig.
- FFO ber regjeringen om å utarbeide en ny stortingsmelding om legemiddelpolitikken.

Styrking av nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger

- FFO ber regjeringen øke den økonomiske rammen til nasjonale kompetansesentre for små og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger med 30 mill. kroner for 2013.

Helsetjenesten i kommunene

Kvalitet og pasientsikkerhet

I følge Statens Helsetilsyn har alt for mange kommuner dårlig eller ingen oversikt over kvaliteten på de helse- og omsorgstjenester som leveres. Dersom vi sammenligner den oppmerksomheten kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet har i spesialisthelsetjenesten med det som gjøres i kommunehelsetjenesten, blir kontrastene store. Sett i lys av det økte ansvaret som kommunene nå får for pasientbehandling, er det særdeles påkrevd at kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid blir høyt prioritert.

FFO mener staten i samarbeid med KS må ha spesiell oppmerksomhet rettet mot kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i kommunene, og bistå kommuner som ønsker veiledning i dette arbeidet. Videre må kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet forankres i den politiske ledelsen i kommunen slik at dette prioriteres både politisk og økonomisk.

FFO ber derfor regjeringen sørge for at arbeidet med kvalitet i tjenestene og pasientsikkerhet i kommunene løftes slik at mennesker som lever med kroniske tilstander får et godt helsetjenestetilbud.

Avgrensning av kommunal medfinansiering

I den nye forskriften om helse- og omsorgstjenestene i kommunene er det angitt hvilke

områder som ikke skal omfattes av ordningen med kommunal medfinansiering - blant annet psykiatri og kirurgi. Utover dette er det uklart hvilke tjenester som skal omfattes av ordningen. Det vil utvilsomt være tjenester som det ikke vil være hensiktsmessig å bygge opp kapasitet på lokalt, men som fortsatt skal ivaretas i spesialisthelsetjenesten. Dette er uklart i forskriften.

FFO mener at departementet må avgrense den kommunale medfinansieringen mot de spesialisthelsetjenester som ikke skal etableres i kommunene. Det vil gjøre den kommunale medfinansieringen mer oversiktlig og forutsigbar. Derfor ber FFO regjeringen om at kommunal medfinansiering avgrenses mot spesialisthelsetjenester som ikke skal etableres i kommunene.

Kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Et sentralt virkemiddel i samhandlingsreformen er at kommunene fullt ut skal betale kostnadene for utskrivningsklare pasienter. Skal en lykkes med dette må avtalene mellom helseforetak og kommuner være gode, partenes rettigheter og plikter må være avklart og kommunene må bygge opp kapasitet til å gi utskrivningsklare pasienter et godt helsetilbud.

Mange kommuner har ikke den kompetanse og kapasitet som er nødvendig for å gi sine innbyggere et forsvarlig helsetjenestetilbud og står derfor dårlig rustet til å gi et godt tilbud til sine innbyggere som er skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten. Det vil ta tid å bygge opp et lokalt helsetjenestetilbud som kan ta i mot alle utskrivningsklare pasienter. Derfor må det være slik at pasientene ikke kan skrives ut uten at det er etablert et kommunalt tilbud. Det må unngås at pasientene ender som kasteballer mellom sykehuset og kommunen. FFO er bekymret for at avtalene som inngås ikke vil hindre slike situasjoner.

Aftenposten beskrev i et oppslag 4. januar i år at mange kommuner ikke har planlagt godt nok når det gjelder implementeringen av samhandlingsreformen. I en del kommuner har man ennå ikke begynt det konkrete arbeidet for å få til forskyvningen av pasientomsorgen fra spesialist- til kommunehelsetjenesten. Dette mener FFO er meget bekymringsfullt. Vi er også tvilende til om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter er et tilstrekkelig virkemiddel for at kommunene skal bygge ut et tilbud lokalt.

For at vi skal få kunnskap om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter fungerer etter intensjonen, må regjeringen sørge for at Statens Helsetilsyn følger løpende med på om kommunene etablerer tilfredsstillende helsetjenestetilbud. I tillegg må tilbudene følges opp og overvåkes slik at kvaliteten sikres.

Fastlegeordningen

FFO er fornøyd med at det er kommet en revisjon av fastlegeforskriften som presiserer innholdet i fastlegens listeansvar. FFO er også positiv til at det skal innføres nasjonale kvalitets- og funksjonskrav samt rapporteringskrav for fastlegene. FFO mener det er riktig å sette tydeligere krav til fastlegenes virksomhet.

Et mer utvidet ansvar for fastlegene vil også forandre mer tid til pasientbehandling, i særlig grad de pasientene som har behov for særskilt oppfølging. For at dette skal skje mener FFO

at listetaket må reduseres. 2500 pasienter på lista er for mye til at fastlegen skal ha tid til å følge opp alle pasientene som har behov for det. FFO mener derfor at listetaket gradvis må reduseres til 1500 pasienter. Dette vil imidlertid innebære at antall fastlegehjemler må økes betraktelig. En rapport om framtidens helsetjenester i kommunene utarbeidet av Helsedirektoratet, foreslo at det må lages en utviklingsplan som skal sikre 2500-3000 nye leger til legetjenestene i kommunene fram mot 2015. Dette forslaget er FFO helt enig i.

Regjeringen har tidligere tilkjennegitt at den skal til enhver tid vurdere behovet for nye legestillinger. Men det er ikke satt noen konkrete mål for hvor mange leger det er behov for. FFO mener at dette må gjøres dersom man skal oppnå målsetningene for den framtidige legetjenesten i kommunene.

FFO vil be regjeringen utarbeide en utviklingsplan for rekruttering av nye leger til kommunehelsetjenesten, samt iverksette tiltak som gjør det mulig å gradvis redusere listetaket, slik at maksimalt listetak settes til 1500 pasienter.

Forebygging og folkehelsearbeid

Å forebygge sykdom og å redusere følger av oppstått sykdom er en av hovedpilarene i samhandlingsreformen. En del kommuner har allerede kommet i gang med viktige folkehelseiltak slik som for eksempel frisklivsentraler. Dette er positive tiltak. Utfordringen er imidlertid forebyggende tiltak til grupper av kronisk syke, og mennesker som lever med ulike funksjonshemninger. Forebygging for disse gruppene er mer omfattende enn bare det tradisjonelle folkehelsearbeidet.

FFO mener det er en forutsetning at kommunenes forebyggingsinnsatser også omfatter mennesker som lever med funksjonshemming og kronisk sykdom. For disse gruppene handler forebygging i stor grad om aktive behandlingstiltak. Det er en realitet for at folk skal kunne leve best mulig med en allerede ervervet sykdom. Det er derfor viktig at betydningen av forebyggende tiltak for kronisk syke og funksjonshemmede får en spesiell oppmerksomhet når kommunene planlegger sitt forebyggingsarbeid.

FFO er opptatt av at aktive forebyggingstiltak overfor mennesker som lever med kroniske tilstander må vektlegges tydeligere enn det som er gjort i Nasjonal helse- og omsorgsplan og i statsbudsjettet for 2012. Vi mener forebyggingsinnsatsen overfor kronisk syke blir borte i den overordnede satsingen på folkehelsearbeid i kommunene.

FFO ber derfor regjeringen øremerke deler av finansieringen til forebyggende og helsefremmende arbeid, til sekundærforebyggende konkrete innsatser rettet mot mennesker som lever med kronisk sykdom og funksjonshemming.

Økning av fysioterapitilbudet i kommunene

FFO konstaterer at mange pasienter i dag ikke får tilgang til nødvendige fysioterapitjenester i riktig tid. Tall fra Norsk Fysioterapiforbund tyder også på en økende ventetid for å få behandling. Dette har uheldige konsekvenser for mange brukere i form av forverret helsetilstand, sykehusinnleggelse og sykefravær. FFO mener dette er i strid med intensjonene i samhandlingsreformen og vi viser i denne sammenheng til prognosen fra HELSEMOD (2009) om at det er behov for over 1000 nye årsverk innen fysioterapi i 2012.

FFO støttet i utgangspunktet forslaget til endring av finansieringsordningen for fysioterapitjenester ved at kommunene ble gitt et økt finansieringsansvar. Vi forutsatte imidlertid at dette ikke skulle medføre økte utgifter for pasientene eller at behandlingstilbudet til pasientene skulle reduseres. I tillegg ba FFO om en konsekvensutredning av denne omleggingen.

Selv om omleggingen ikke er fullført ber FFO på nytt regjeringen om å legge frem en konsekvensutredning av omleggingen av fysioterapitjenesten i kommunene som særlig ser på hvilke konsekvenser dette har fått for ulike pasientgrupper. FFO er kjent med at en rekke kommuner fremdeles velger å gi små kommunale driftstilskudd til fysioterapeuter med forventning om at de skal levere tjenester utover avtalens størrelse. FFO ber i tillegg om en økning av overføringen til det kommunale fysioterapitilbudet slik at tjenesten kan dimensjoneres bedre.

Skolehelsetjenesten

FFO er skuffet over at regjeringen kun bevilget 10 mill. kroner ekstra for å styrke skolehelsetjenesten i 2012. Vi frykter at den nedprioriterte skolehelsetjenesten ikke klarer å hjelpe det stadig økende antallet barn og unge med blant annet psykiske problemer. Dette kan gi fatale utslag for den enkelte og en god skolehelsetjeneste er et godt forebyggende tiltak i kommunen.

I Helsedirektoratets utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra 2010 anslås behovet for 1500 nye årsverk i helsestasjon- og skolehelsetjenesten for å få et akseptabelt nivå. Helsedirektoratet foreslår blant annet en nasjonal minstenorm for bemanning. Det er kommunen som har hovedansvaret for skolehelsetjenesten og dermed ansvaret for at det settes av nok ressurser til tjenesten. FFO mener at det her kreves en nasjonal satsing.

Ifølge Stortingsmelding 22 *Motivasjon – Mestring – Muligheter* er andelen barn og unge som har psykiske plager som påvirker deres funksjonsnivå, høyest i 15 – 16-årsalderen. Rundt 17 prosent i denne aldersgruppen har psykiske plager. I ungdomsskolene og videregående skoler viser undersøkelser at der skolehelsetjenesten er regelmessig til stede over tid, blir den benyttet 50 % av elevene til “drop-in” konsultasjoner.

Mangelfullt tilbud gir barn og unge med psykiske vansker en dårlig start på voksenlivet. Dårlig oppfølging i skolen, lange ventetider på behandling og mangel på lavterskeltilbud i hjemkommunen er noen av årsakene til at mange faller ut fra skolen.

FFO er opptatt at det må etableres flere lavterskeltilbud for barn og unge. En godt utbygd skolehelsetjeneste kan avdekke faresignaler tidlig, og kan medvirke til at eleven får den hjelpen de behøver på et tidligere tidspunkt. Dette er forebyggende innsatser som på sikt kan føre til at færre faller fra i videregående opplæring.

FFO vil også understreke at skolehelsetjenesten kan spille en langt mer aktiv rolle i forhold til overgangen mellom ungdomsskole og videregående utdanning for elever med spesielle

behov. Skolehelsetjenesten kan også spille en viktig rolle i kompetanseoverføringen mellom personell i skolen ved slike overganger.

I denne sammenheng viser FFO til Helse- og omsorgskomiteens innstilling til statsbudsjettet for 2012 hvor det står:

«Komiteen understreker viktigheten av forebyggende lavterskel helsetiltak nær der barn og unge har sin hverdag ... Kunnskapssenteret skriver i sin rapport:

«Det er behov for norske studier på feltet, for eksempel i forhold til å forebygge psykiske problemer, øke fysisk aktivitet og forebygge fedme hos barn og unge.»

Komiteen er enig i at det finnes et behov for systematisert kunnskap knyttet til skolehelsetjenestens positive effekter, men også for kunnskap om innhold, dimensjonering og funksjon av skolehelsetjenesten. Komiteen mener skolehelsetjenesten tilbyr viktige basistjenester som kan bidra mye i folkehelsearbeidet, da tjenesten har direkte kontakt med mange. Komiteen mener personellinnsatsen i skolehelsetjenesten må styrkes, særlig sett i sammenheng med behovet for forebyggende innsats som ligger til grunn i Samhandlingsreformen.»

I tillegg til at FFO ber regjeringen prioritere skolehelsetjenesten, ber FFO regjeringen bevilge midler til forskning og undersøkelser som vil vise effektene av en god og tilgjengelig skolehelsetjeneste.

Brukerstyrt personlig assistanse

I forbindelse med behandlingen av ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester fattet Stortinget følgende anmodningsvedtak:

"Stortinget ber Regjeringen utrede videre de økonomiske og administrative konsekvensene og raskt komme tilbake til Stortinget med et forslag om rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse for brukere med stort behov innenfor den samme økonomiske rammen som gjelder i dag".

Med utgangspunkt i dette anmodningsvedtaket ba Helse- og omsorgsdepartementet Helse- og omsorgsdepartementet om å utarbeide kriterier for en ny rettighet til BPA. FFO har deltatt på møter og levert skriftlige innspill til direktoratet. Våre hovedstandpunkt er referert, men ikke kommentert i dokumentet. FFO håper at regjeringen vil realitetsbehandle vårt forslag om at retten til BPA skal gjelde det samme antall timer som den enkelte blir tildelt i form av ordinær bistand i eget hjem. Dersom denne forståelsen legges til grunn, kan rett til BPA gjennomføres for alle uten vesentlige merkostnader.

Det er enighet om at en time BPA er billigere og mer brukereffektiv enn en vanlig hjemmetjenestetime. FFO innser at BPA brukt som alternativ til ordinære hjemmetjenestebistand ved punktvis bistand om natten og når det i korte perioder i løpet av døgnet er behov for bistand fra mer enn en person, kan medføre merkostnader for at bistanden skal være forsvarlig. FFO forutsetter at bruker og kommune sammen finner ordninger som innebærer at deler av den tildelte timebistanden i slike tilfelle leveres av den ordinære kommunale hjemmetjenesten.

FFO håper at vår tilnærming og vårt forslag vil bli seriøst vurdert når regjeringen utformer sitt forslag til Stortinget.

Prioritering av helsetjenester til kronisk syke og funksjonshemmede

FFO mener det er behov for å styrke helsetjenestene til kronisk syke og mennesker som lever med funksjonshemning. Mange pasientgrupper får et for dårlig behandlingstilbud fra helsetjenesten både på spesialisthelsetjenestenivået og fra primærhelsetjenesten. Manglende helhet i behandlingsskjeden er erkjent og for mennesker som lever med kroniske tilstander kan dette få alvorlig følger både for helsetilstanden og for den enkeltes livskvalitet. Dette la som et vesentlig premiss i arbeidet med samhandlingsreformen. FFO representerer sårbare grupper der mange er avhengig av behandling fra ulike nivåer, medisinsk oppfølging og trenger både sekundærforebyggende tiltak og rehabilitering fra en kompetent helsetjeneste.

Noen av kronikergruppene er store, men heller ikke til disse gruppene klarer kommunene å levere gode nok tjenester. Et eksempel er manglende tilbud om rehabilitering og oppfølging fra kommunehelsetjenesten til Kolspasienter. Sett i lys av de prioriteringer som foretas i helsetjenesten, kommer kronisk syke og funksjonshemmede dårligere ut enn andre pasientgrupper. Lederen i Dagbladet den 4. januar i år illustrerer denne situasjonen:

«Helsetjenesten vil heller prioritere et hjerteinfarkt i skiløypa enn KOLS i stresslessen».

Dette setter prioriteringsproblematikken på spissen og understreker at de friskeste av oss, de som er produktive, prioriteres høyere enn kronikergruppene.

Et annet eksempel er forslaget om å tilby rutinemessig tidlig ultralyd i 12 svangerskapsuke til alle gravide. Til tross for at Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten konkluderer med at det ikke er noen dokumentert helseeffekt av å innføre dette, tilrår Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering at dette etableres. FFO mener dette illustrerer at prioriteringene i helsetjenesten ikke alltid skjer som følge av dokumentert effekt eller medisinsk behov og dette kan gå utover grupper som allerede lever med helsesvikt og kroniske tilstander.

Erfaringene fra våre medlemsorganisasjoner er at motivasjonen for å bygge opp sterk fagmiljøer og kompetanse om ulike kroniske sykdommer ikke er høy fordi disse disiplinene ikke har samme status som innsatser knyttet til akutsituasjoner og tilstander som kan helbredes. Oftest er utgangspunktet for prioriteringsdiskusjonene at det er begrenset hva vi som nasjon kan bruke på helsetjenester. Hvilke kriterier som legges til grunn for prioriteringene er ikke alltid klare så når ressursene skal fordeles, erfarer vi ofte at pasienter med kroniske lidelser eller funksjonshemninger blir taperne.

FFO mener det er behov for å styrke helsetjenestene til mennesker som lever med kronisk sykdom og funksjonshemning, og ber regjeringen tydeliggjøre disse gruppenes behov for behandlingstilbud og helsetjenester og synliggjøre dette i sine styringssignaler til helsetjenesten.

Satsing på habilitering og rehabilitering

De gruppene som FFO representerer har generelt behov for medisinsk oppfølging, sekundærforebygging og rehabilitering. FFO har i sin støtte til gjennomføringen av samhandlingsreformen hele tiden pekt på viktigheten av å prioritere rehabiliteringsinnsatsen høyere. Perioden for Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering ble avsluttet i fjor. FFO konstaterer at det ikke har skjedd mye på rehabiliteringsområdet i strategiperioden og strategien følges heller ikke opp med tydelige innsatser på feltet i 2012. Når en slik prioritering uteblir, frykter FFO at man ikke vil lykkes med samhandlingsreformen i forhold til de brukergruppene som lever med helsesvikt, funksjonshemming eller kroniske sykdommer. For at kommunene skal kunne ta et større ansvar for sine innbyggers helse mener FFO at hele rehabiliteringsfeltet må styrkes.

Som følge av samhandlingsreformen ble det fra 1. januar i år innført endringer i forhold til utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av nødvendig sykehusinnleggelse. Konsekvensene av denne endringen kjenner vi ikke ennå, men FFO er redd at endringene for enkelte pasienter kan få dramatiske følger.

Kommunene har i over 20 år hatt det overordnede ansvaret for rehabiliteringstjenestene. Allikevel viser erfaringene, blant annet dokumentert med Rambølls rapport fra november 2011 at svært mange kommuner har unnlatt å ta dette ansvaret på alvor. Flere av FFO sine medlemsorganisasjoner beskriver hvordan det manglende rehabiliteringstilbudet fra kommunen får konsekvenser for enkeltpasienter både i forhold til helsesituasjon og i forhold til å mestre sitt hverdagsliv.

Sett i lys av kommunenes manglende prioritering av rehabiliteringsinnsatsene frem til nå, stiller FFO seg svært tvilende til om kommunene vil prioritere rehabiliteringstilbudet til mennesker med funksjonshemming og kronisk sykdom når samhandlingsreformen nå skal gjennomføres. Vi har vanskelig for å tro at rehabiliteringsfeltet vil bli prioritert i helse- og omsorgstjenesten i kommunene når dette innsatsområdet skal konkurrere med andre pålagte oppgaver i forbindelse med samhandlingsreformen. Noen av de nye pålagte oppgavene for kommunene er det dessuten bevilget særskilte midler til slik at oppdraget til kommunen følges av økonomiske intensiver.

FFO ber om at habilitering og rehabilitering blir et satsingsområde i arbeidet med å realisere samhandlingsreformen.

Habilitering og rehabilitering som satsningsområde

Det er bred erkjennelse av at riktig rehabilitering har avgjørende betydning for å hindre forverring av sykdom og kan hindre lange sykefravær og uførhet. Da er det vanskelig å forstå hvorfor rehabilitering ikke prioriteres. Ett av hovedformålene med samhandlingsreformen er å hindre sykdomsutvikling og dårligere helse hos befolkningen. For å få til dette mener FFO at det må satses systematisk på innsatsområdet rehabilitering fordi det har avgjørende betydning for helsesituasjonen for mennesker som lever med funksjonshemming og kronisk sykdom.

FN-KONVENSJON OM RETTIGHETENE TIL MENNESKER MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE

Artikkel 26 Habilitering og rehabilitering

1. Partene skal treffe effektive og hensiktsmessige tiltak, herunder gjennom likemannsarbeid, slik at mennesker med nedsatt funksjonsevne kan oppnå og beholde størst mulig selvstendighet, utnytte sitt fysiske, mentale, sosiale og yrkesmessige potensial fullt ut, og oppnå full inkludering og deltakelse på alle livets områder. For det formål skal partene opprette, styrke og videreutvikle tverrfaglige habiliterings- og rehabiliteringstjenester og programmer, særlig på områdene helse, sysselsetting, utdanning og sosiale tjenester på en slik måte at disse tjenester og programmer
 - a) begynner på et så tidlig stadium som mulig, og er basert på en tverrfaglig vurdering av den enkeltes behov og ressurser,
 - b) støtter deltakelse og inkludering i lokalsamfunnet og på alle samfunnsområder, er frivillige, og tilbys mennesker med nedsatt funksjonsevne så nær lokalmiljøet som mulig, også i distriktene.

FFO mener at rehabiliteringsfeltet er det best utredede området innenfor helsetjenesten, noe antall rapporter og prosjekter de siste 10 årene dokumenterer. Det har imidlertid vært beklagelig lite aktiv handling for å etablere gode rehabiliteringstilbud, og da særlig i kommunene. FFO mener derfor vi vet nok til å kunne iverksette en konkret handlingsplan som tydelig angir rollefordeling og ansvar for rehabiliteringsarbeidet.

På denne bakgrunn ber FFO regjeringen gjøre habilitering og rehabilitering til et stort satsningsområde i årene fremover og at det avsettes særskilte bevilgninger til dette. En forpliktende opptrappingsplan som omfatter konkrete innsatser er helt nødvendig sammen med systematisk satsing på kvalitet- og fagutvikling på området. I tillegg må innsatsen på forskning og videreutvikling av brukermedvirkning økes.

Fritt rehabiliteringsvalg

En følge av at bevilgningen til kjøp av opptrening og rehabilitering i de private rehabiliteringsinstitusjonene nå finansieres som en del av rammetilskuddet til de regionale helseforetakene, er at tilbudet er blitt smalere, og mindre tilgjengelig for brukerne. Mange opplever at de ikke får et optimalt habiliterings- eller rehabiliteringstilbud.

Det er flere institusjoner og sykehus som har utviklet spesialtilbud innenfor klart definerte områder og for ulike diagnoser. Disse tilbudene, som bygger på spesiell kompetanse og har god kvalitet, er i dag bare tilgjengelig for de som bor innenfor de ulike regionenes geografiske nedslagsfelt. FFO er opptatt av likhet i helsetjenestetilbudet, og vil at de ulike rehabiliteringstilbudene blir gjort tilgjengelig for alle som trenger det, uavhengig av bosted.

I Innst 11 S (2011-2012) uttaler medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti følgende:

«Flere høringsuttalelser, blant annet fra FFO og Norsk Revmatikerforbund, etterlyser fritt rehabiliteringsvalg. Tilbud som bygger på spesiell kompetanse og har god kvalitet, blir i dag

bare tilgjengelig for dem som bor innenfor de ulike regionenes geografiske nedslagsfelt. Disse medlemmer er enig i at dette er uheldig.»

For at den kompetansen som tross alt er bygget opp i forhold til spesifikke diagnosegrupper blir utnyttet til beste for de som trenger den, ber FFO regjeringen om å innføre fritt rehabiliteringsvalg. Dette kan bygges på rettighetene om fritt sykehusvalg som allerede er etablert. Fritt rehabiliteringsvalg forutsetter bedre informasjon om de tilbudene som finnes og at denne informasjonen er tilgjengelig. FFO mener fritt rehabiliteringsvalg vil gi brukerne en mulighet til å få raskere og riktigere rehabilitering.

Bruken av tilbudene ved de private rehabiliteringsinstitusjonene

Forholdet mellom behov, kapasitet og kompetanse på rehabiliteringsfeltet samt mangelen av en samlet oversikt på dette er forhold FFO har påpekt overfor regjeringen i flere år. FFO ber nok en gang om at det fremskaffes en samlet oversikt over det totale habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i spesialist- og primærhelsetjenesten.

Etter endringen av finansieringen av rehabilitering kjøp av opptrenings- og rehabiliteringstjenester fra de private institusjonene, har FFO mottatt tilbakemeldinger om at tilbudet er redusert. Dette står i kontrast til følgende uttalelse i Budsjettinnstilling S.nr. 11 (2010-2011):

“Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er tilfreds med at det har vært en økning i kjøp av rehabilitering og opptrening i spesialistinstitusjonene og at flere har fått hjelp.”

Dette stemmer heller ikke med tall fra Samdata i spesialisthelsetjenesten 2010, som i sin rapport kapittel 10 *“Rehabilitering innen spesialisthelsetjenesten”* blant annet skriver:

“Antall pasienter som mottok institusjonsbasert rehabilitering ved sykehus gikk ned med om lag 2 000 pasienter. Ved private rehabiliteringsinstitusjoner gikk antall pasienter ned med om lag 3 000.”

(Samdata i spesialisthelsetjenesten, 2010)

Tallmaterialet i rapporten viser nedgangen fra 2009 til 2010, og denne aktivitetsnedgangen er i hovedsak en fortsettelse av utviklingen fra 2008 til 2009. Dokumentasjon av nedgangen viser at FFO har hatt rett når vi tidligere har uttrykt bekymring i forhold til en reduksjon av tilbudet når den øremerkede bevilgningen ble fjernet.

Brukerne ivaretas rett og slett ikke godt nok når kjøp av opptrening og rehabilitering skal effektueres innenfor rammebevilgningen til de regionale helseforetakene.

Budsjettvedtakene i Stortinget og oppfølgingen i oppdragsdokumentene til helseforetakene har forutsatt at kjøp av tjenester fra de private rehabiliteringsinstitusjonene skal være minst av samme omfang som året før. I praksis betyr det på 2008-nivå som var det året hvor øremerkingen ble fjernet.

Rapporten fra Samdata viser etter FFOs mening med all tydelighet at det ikke har vært tilstrekkelig å omtale dette i de årlige oppdragsdokumentene. Reduksjonen av tilbudet var, så vidt FFO har oppfattet, ikke det som var intensjonen med Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 -2011.

FFO ber på denne bakgrunn regjeringen om å skjerpe kravet til de regionale helseforetakene om å utnytte kapasiteten ved de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene, slik at flere pasienter får det tilbudet de trenger.

Behandlingsreiser til utlandet

Behandling i varmt klima er et viktig supplement til behandlings- og rehabiliteringstilbudet i Norge. FFO er glad for at en samlet helse- og omsorgskomite i Innst. 11 S (2011-2012) uttaler:

«Behandlingsreiser til utlandet fungerer både som forebygging og som rehabilitering, noe som gir økt trivsel og økt livskvalitet. For enkelte er en slik behandlingsreise også helt avgjørende for å kunne stå helt eller delvis i arbeid.»

I Sintef's rapport «*Evaluering av ordningen med behandlingsreiser til utlandet*» slås også dette fast. I tillegg konkluderer Sintef med at selv om effekten er dokumentert i ulik grad, fungerer ordningen med behandlingsreiser til utlandet rimelig godt i overensstemmelse med formålet.

Som en videre oppfølging av rapporten ber FFO regjeringen om at det gjennomføres nyttekost analyser av behandlingstilbudet i utlandet for de ulike gruppene. I tillegg ber FFO om at det gjennomføres flere pilotstudier av tilbudet til de diagnosegruppene hvor forskningen er svak.

FFO understreker at dagens tilbud må økes for de diagnosegruppene som omfattes av ordningen og der behandlingseffekt er godt dokumentert. Antall plasser har nærmest stått stille siden ordningen ble permanent i 1997, og tilbudet ligger langt under behovsanslagene som det offentlige utvalget konkluderte med i NOU 2002:2 «*Behandlingsreiser til utlandet. Et offentlig ansvar?*».

Tverrfaglige tilbud i kommunene

De fleste som lever med medfødte funksjonsnedsettelse eller kroniske sykdommer vil ha behov for utredning og systematisk oppfølging fra spesialisthelsetjenesten gjennom hele livsløpet. Slik FFO kjenner tilbudet i kommunene vil det være uforutsvarlig å overføre en større del av ansvaret uten at det skjer en betydelig kompetanse- og ressursoverføring til kommunene.

Det typiske i samhandlingen om pasientgrupper som lever med funksjonshemninger eller kroniske sykdommer vil være at det er spesialisthelsetjenesten som utreder og kartlegger behov, og det er kommunen som har ansvaret for oppfølgingen. Oppfølging fra spesialisthelsetjenesten vil disse gruppene ha gjennom livet når det gjelder overgang mellom ulike livsfaser, når det skjer endringer i helsetilstanden eller det oppstår ytterligere funksjonstap. Det kan også være situasjoner knyttet til jobbsituasjon som krever spesialistkompetanse eller det kan være tilleggsproblematikk knyttet til for eksempel senskader.

Mange av disse brukerne vil ha behov for gjentatte rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten for å opprettholde og bevare funksjonsnivået. Det er dessuten erkjent at mange har behov for en systematisk og tverrfaglig oppfølging gjennom hele

livsløpet og at dette bør forankres i spesialisthelsetjenesten. Samhandling med kommunene er likevel avgjørende for brukernes helse, verdighet og selvstendighet. De fleste vil trenge bistand fra kommunale tjenester i deler eller gjennom hele livet.

Med denne bakgrunn ber FFO regjeringen om at det stilles profesjonsspesifikke krav til den kommunale rehabiliteringsinnsatsen, og at det etableres et tverrfaglig tilbud. For mange av de gruppene FFO organiserer er det helt nødvendig med kvalifisert personell for at den rehabiliteringsinnsatsen som skal ytes, er forsvarlig.

Profesjonskrav til helsetjenester i kommunen

Helse- og omsorgstjenesteloven er, med unntak av krav til fastleger, profesjonsnøytral. Faglig kvalifisert tilbud i alle landets kommuner er ment å sikres gjennom kravet til forsvarlighet. FFO mener det ikke er tilstrekkelig å vise til et generelt forsvarlighetskrav for å sikre at kommunen sørger for kvalifisert helsepersonell i tjenestene. Når staten ikke vil pålegge kommuner å gjennomføre særskilte organisatoriske eller personellmessige løsninger, frykter FFO en utvikling som vil føre til dårlig faglige forankrede tjenester og store ulikheter fra kommune til kommune.

FFOs hensikt er ikke å hindre at enkelte tjenester kan utføres av ansatte med annen primærkompetanse. Vi er opptatt av å ivareta kronisk sykes behov og at kommunene yter kompetente og gode tjenester.

På andre kommunale sektorer, for eksempel skole-, plan- og bygning- og barnehagesektoren stilles det strenge krav til formell kompetanse. FFO mener at tilsvarende krav til formell kompetanse også må stilles i forhold til helsetjenester i kommunen. FFO forutsetter en tverrfaglig kompetanse i kommunen, som minimum må bestå av

- Lege
- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Logoped
- Synspedagog
- Ernæringsfysiolog
- Sosionom
- Sykepleier/psykiatrisk sykepleier

Etablering av et forsvarlig tjenestetilbud krever faglig kompetent ledelse og faglig forsvarlighet i alle ledd. Derfor må kommunene som et ledd i samhandlingsformen tilføres tilstrekkelig ressurser og nødvendig kompetanse for at de skal bli i stand til å ivareta alle sine innbyggers behov for god og nødvendig helsetjeneste.

FFO ber derfor regjeringen om å gi forskrifter med profesjonsspesifikke krav til helsetjenestene for å sikre nødvendig kompetanse og forsvarlighet i de tjenestene som ytes til mennesker som lever med funksjonshemming og kronisk sykdom.

Lærings- og mestringssenter lokalt

Læring og mestring er et viktig tiltak for mange brukere som lever med en kronisk sykdom. Det er etablert lærings- og mestringssentra ved alle helseforetak. Disse sentraene er tiltenkt en rolle når brukeren er på sykehuset i diagnosefasen eller i forbindelse med medisinsk oppfølging. Det er imidlertid store pasientgrupper som også vil kunne få god hjelp og veiledning fra lokalt etablerte lærings- og mestringssentra.

Et lokalt læring- og mestringstilbud kan for eksempel ha kompetanse på hvordan leve hverdagslivet og gi et tilbud til de store pasientgrupper. Disse tilbudene vil derfor ikke kunne erstatte det tilbudet som helseforetakene må ha f.eks. til nydiagnostiserte pasienter eller til pasienter som behandles i sykehus. Helseforetakenes lærings- og mestringstilbud må bygge på den brede kompetanse helseforetakene har, og i tillegg ivareta tilbudet til grupper som har mer sjeldne sykdommer som krever spesialisert kompetanse. FFO vil derfor tydelig understreke nødvendigheten av at tilbudet ved sykehusene må opprettholdes.

FFO ser imidlertid muligheten for at lokalmedisinske sentra eller lokalsykehusene kan spille en rolle i forhold til oppbyggingen av lærings- og mestringarbeid til ulike kronikergrupper. FFO mener dette tilbudet kan bygges opp i nært samarbeid med kommunene og brukerorganisasjonene. Det må samtidig være en forutsetning for det medisinskfaglige innholdet at det skjer en kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til de lokale tilbudene. På denne måten kan kronikergrupper som i dag ikke får et tilstrekkelig lærings- og mestringstilbud hjelpes til å mestre egen sykdom, egen hverdag og sitt eget liv.

I ny lov til kommunale helsetjenester framgår det at det er opp til kommunene hvordan de ønsker å etablere et lærings- og mestringstilbud. FFO mener at dette blir altfor vagt og uforpliktende, og frykter at kommunene ikke vil prioritere læring- og mestringstilbudet til de gruppene som trenger det. FFO mener derfor at kommunene burde få en klar plikt til å etablere lærings- og mestringstilbud slik at det faktisk bygges opp et reelt tilbud og at det samtidig settes krav til den faglige kvaliteten disse tilbudene skal ha.

Nasjonal strategi for ungdomshelse

Mange barn får et godt tilbud i spesialisthelsetjenesten så lenge de er barn, men dette faller bort etter fylte 18 år. Det er et stort gap mellom barnehelsetjenesten og helsetjenesten for voksne. Etter fylte 18 år er de fleste ungdommer henvist til helsetjenestetilbudet til voksne, som ikke er tilpasset deres livssituasjon. Ungdom havner på midten, og opplever ofte at deres spesielle livssituasjon ikke blir tatt i betraktning i møte med helsevesenet. Tilbudet om rehabilitering til ungdom sammen med f.eks. mennesker godt over 60 år, illustrerer denne situasjonen godt.

Ungdomshelse er et nedprioritert fagfelt i dag og det er behov for å etablere tilbud til ungdom og unge voksne. Det finnes i dag ingen nasjonal strategi for ungdomshelse, noe unge funksjonshemmede lenge har arbeidet for skal utarbeides. Ved Stortingets behandling av *Nasjonal helse- og omsorgsplan* påpekte komiteen at det mangler en slik strategi.

FFO mener det bør utarbeides en nasjonal strategi for ungdomshelse. I denne innsatsen er det viktig at man særlig har oppmerksomhet på å kvalitetssikre overflyttingen av ansvar for pasienter på barneavdeling til voksenavdeling og at det utarbeides faglige retningslinjer for denne overgangen.

Tannhelsetjenester

Det har i flere år vært enighet om at det er behov for en tannhelsereform. Dagens tannhelsetjenester er i stor grad privatisert, og folk må i hovedsak dekke alle kostnader selv. Regelmessig tannbehandling kan bli en kostbar affære, og mange med svak økonomi vil måtte velge bort nødvendig tannbehandling av økonomiske årsaker.

FFO mener at en i hovedsak privatisert tannhelse bidrar til ulikhet i helse. Friske tenner gjennom hele livet er særdeles viktig. Friske tenner er viktig ernæringsmessig, særlig hos eldre, der feil- og underernæring er et betydelig problem. FFO mener derfor det er viktig å sette inn tiltak som sikrer at alle får nødvendige tannhelsetjenester.

FFO mener at det ikke er naturlig å skille mellom tannhelse og annen helse, og at tannhelse derfor bør defineres som en del av helsetjenesten. Vi er klar over at det er gjort noen forbedringer på enkelte områder innenfor den offentlige og den refusjonsbaserte tannhelsetjeneste i løpet av de siste par årene, men det er bare utvalgte grupper som inkluderes i disse ordningene.

Det må være et mål å få en god tannhelsetjeneste som alle har råd til å benytte og FFO mener det må gjøres noe som kan likestille tannhelsetjenester med andre helsetjenester. Et viktig tiltak vil være å etablere en skjermingsordning for hva den enkelte skal betale for nødvendig tannbehandling.

FFO mener det er behov for en stortingsmelding om tannhelsetjenestene med sikte på en tannhelsereform som sikrer hele befolkningen nødvendige tannhelsetjeneste. FFO vil derfor be regjeringen starte arbeidet med å utarbeide en stortingsmelding om tannhelsetjenesten.

Legemidler

Heving av bagatellgrensen

FFO mener at bagatellgrensen for legemiddelkostnader er en barriere som gjør at nødvendig legemidler ikke tas raskt nok opp på blåreseptlisten, til tross for at opptak av legemiddelet er anbefalt av legemiddelmyndighetene. Dette kan medføre at et legemiddel som har blitt godkjent for opptak på blåreseptlisten blir satt på vent inntil saken kan avgjøres av Stortinget i forbindelse med statsbudsjettet.

FFO mener at en bagatellgrense på 5 mill kroner er en begrensende faktor som gjør det vanskelig raskt å ta opp nødvendige legemidler som er anbefalt av myndighetene med forhåndsgodkjent refusjon. Bagatellgrensen har stått uforandret i mange år, og FFO mener det er nødvendig å foreta en justering av beløpsgrensen. En økning av bagatellgrensen vil medføre at departementet vil få adgang til å iverksette Legemiddelverkets anbefalinger om

forhåndsgodkjent refusjon inntil et visst nivå uten at dette går gjennom statsbudsjettprosessen. Dette vil medføre at de anbefalte legemidlene kan tas langt raskere opp på blåreseptlisten, til det beste for pasientene.

FFO understreker at vilkårene for opptak i blåreseptordningen ikke skal endres eller lempes på. Vårt forslag knytter seg kun til prosessen med opptak i de tilfeller der myndighetene selv har anbefalt refusjon på blå resept. FFO vil vise til at Stortinget allerede i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2005 ba Regjeringen om å heve bagatellgrensen.

"Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, ber Regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2006 legge frem et forslag til en vesentlig heving av bagatellgrensen."

(Innst.S.nr.197 (2004-2005))

Til tross for komiteens klare signal i merknaden er ingenting gjort. FFO vil derfor be regjeringen heve bagatellgrensen for legemiddelkostnader betraktelig slik at pasientene får tilgang til nødvendig legemidler så raskt som mulig.

Ny stortingsmelding om legemiddelpolitikken

Det er nå snart syv år siden stortingsmeldingen om legemiddelpolitikken St.meld.nr.18 (2004-2005) forelå. De fleste av tiltakene som ble foreslått er iverksatt og nedfelt politisk. Det har imidlertid kommet nye utfordringer på legemiddelområdet som det er behov for å drøfte grundig. Dette handler for eksempel om områder som orphan drugs og biosimilars. Det er i tillegg viktig å se på eksisterende refusjonsordninger om det er behov for forbedringer.

FFO mener det er nødvendig å ta en bred gjennomgang av legemiddelpolitikken på nytt, og at dette gjøres best gjennom et nytt stortingsmeldingsarbeid. FFOs erfaringer fra arbeidet med den forrige legemidmeldingen var god. Departementet inviterte den gang de viktigste aktørene på legemiddelområdet til å gi innspill til arbeidet med meldingen deriblant FFO. Vi anbefaler at en lignende prosess følges også denne gangen.

Styrking av nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger

Høsten 2010 ble det gjennomført en utredning om organisatorisk samling av nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger. Rapporten fra Helsedirektoratet ble levert 1. desember 2010. Det var gitt svært knappe tidsrammer med bakgrunn i at iverksettingen skulle skje raskt.

Dette arbeidet ble bl.a. satt i gang for å sikre at grupper som i dag ikke har et kompetansesentertilbud skulle få det. Samtidig ble det lagt som forutsetning at dette skulle skje innenfor eksisterende økonomiske rammer. Brukerrepresentantene som deltok i arbeidet uttrykte sterk uro i tilknytning til prosessen der det ikke var tid for å gjennomføre nødvendige konsekvensutredninger. Videre uttrykte de at en eventuell omorganisering var avhengig av god brukermedvirkning på alle nivå i prosessen.

Rapporten ligger fremdeles i HOD over ett år etter at den ble avlevert. Det er skapt stor usikkerhet blant grupper som har et kompetansesentertilbud i dag.

Uavhengig av hvilke konklusjoner som trekkes, handler dette om økonomiske ressurser. Mange av FFOs grupper opplever deres kompetansesentertilbud bygges ned og at brukermedvirkningsarbeidet nå er satt på vent. Samtidig er det stor forståelse for at nye grupper skal få et tilbud i framtida. Men bakgrunn i at det også tenkes en omorganisering av kompetansesentremodellen, må det større bevilgninger til slik at ingen av gruppene skal bli skadelidende. FFO ber derfor regjeringen øke den økonomiske rammen til nasjonale kompetansesentre for små og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger med 30 mill. kroner for 2013.

Anmodning om møte

FFO ber med dette om et snarlig møte med politisk ledelse i departementet for å gjennomgå våre krav til budsjettet for 2013.

Med vennlig hilsen

FUNKSJONSHEMMEDES FELLESORGANISASJON

Knut Magne Ellingsen/s
Leder



Liv Arum
Generalsekretær