



En bedre helsepolitikk for den enkelte

VENSTRES
24-PUNKTS
PROGRAM



venstre

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	5
1. VELFERDSSAMFUNNETS UTFORDRINGER	7
1.1 Fire hovedutfordringer	7
1.1.1 Et økende forventningspress i helsevesenet.	7
1.1.2 En enorm kostnadsvekst i spesialisthelsetjenesten.	7
1.1.3 En stadig eldre befolkning	7
1.1.4 Endringsbehov i offentlig sektor	7
1.2 En liberal tilnærming	7
2. SPESIALISTHELSETJENESTEN	9
2.1 Nå-situasjon	9
2.2 Venstres politikk	9
2.2.1 Bedre samarbeid	9
2.2.2 Politisk styring	9
2.2.3 Lokalsykehusene	10
2.2.4 Økt spesialisering	10
2.2.5 Desentraliserte tjenester	10
2.2.6 Kvalitetsarbeid	10
2.2.7. Ventetid – kreftbehandling	11
2.2.8 Forskning og utdanning	11
2.2.9 Beredskap og ambulansetjenester	11
3. SAMHANDLINGSREFORMEN	13
3.1 Samhandlingsreformen - bakgrunn	13
3.2 Venstres politikk	13
3.2.1 En gigantisk reform uten nødvendig fundament	13
3.2.2 Lokalmedisinsk senter	14
3.2.3 Fullfinansiering av samhandlingsreformen	14
3.2.4 Veien videre – større kommuner og pilotprosjekter	14
3.2.5 Forskning og utdanning i kommunene	14
3.3 Rehabilitering og habilitering	15
3.3.1 Situasjonen	15
3.4 Venstres politikk	15
3.4.1 Forpliktende opptrappingsplan for rehabilitering og habilitering	15
3.4.2 Tettere samhandling mellom frivillig sektor og offentlige myndigheter for å løse viktige velferdsoppgaver	15
3.4.3 Et helsetilbud tilpasset ulike aldersgrupper	15
3.4.4 Fysioterapi - rehabilitering	16
3.4.5 Tolketjenester	16
3.4.6 Tidlig psykisk helsehjelp for flyktninger og asylsøkere	16
3.4.7 Papirløse innvandrere, helsehjelp:	16
3.4.8 Oppfølging av Opptrappingsplanen for psykisk helse	17
3.4.9 Ansvarsreformen av 1992 (HVPU – reformen)	17

4. HELSEBYRÅKRATI	18
4.1 Venstres politikk	18
5. FOREBYGGENDE HELSEARBEID	19
5.1 Definisjon og bakgrunn	19
5.2 Venstres politikk	19
5.2.1 Helsestasjon og helsesøstre	19
5.2.2 Velferdsteknologi i den kommunale omsorgstjenesten	19
6. OFFENTLIGE, IDEELLE ELLER PRIVATE LØSNINGER	21
6.1 Venstres politikk	21
6.1.1 De markedsrettede helsetilbyderne	21
6.1.2 Frivillige organisasjoner	21
6.1.3 Familie og sosialt nettverk	21
VENSTRES 24 HELSEPOLITISKE PUNKT	22

FORORD

Dokumentet oppsummerer analysene, drøftingene og rådene Venstres velferdsutvalg (nedsatt av Landsmøtet 2011) står bak. Utvalget har hatt følgende sammensetning:

Per A. Thorbjørnsen (leder), Toril Berge, Olav Kasland, Jan Kenneth Stavenes, Guri Melby, Maria S. Fjellstad, Odd Einar Dørum. Åsta Årøen (NVK) og Erling Hillestad (NUV) har representert sideorganisasjonene.

Utvalgets mandat har vært:

a. Med utgangspunkt i gjeldende stortingsvalprogram, vedtekne fråsegner og representantforslag frå Stortingsgruppa, koma med forslag til vidare- og nyutvikling av Venstres velferdspolitik. Komiteen skal særleg konsentrera seg om følgjande velferdsoppgåver/-felt:

- 1. Specialisthelsetenesta; innhald, arbeidsfordeling og organisering.*
- 2. Samarbeidet og arbeidsdelinga mellom specialisthelsetenesta og primærhelsetenesta, og oppfølging av samhandlingsreforma.*
- 3. Fattigdomsproblematikken; særleg den som rammar barn.*
- 4. Grenseoppgangen mellom privat og offentleg ansvar.*

b. Ved behov knyta til seg ekstern kompetanse og/eller etablera referanse-/undergrupper innanfor eit nærare spesifisert arbeidsfelt.

c. Sikra at temaet pregar Landsmøtet og teiknar ein klar profil av at dette er ei hovudsak for Venstre. Skildra Venstres ærend på dette feltet profilmessig og strategisk. Handsaminga i landsmøtet skal munna ut i eit vedtak; til dømes som ei kortfatta fråsegn.

d. Koma med eit førsteutkast klar for organisasjonsbehandling seinast 18. november 2011. På dette tidspunktet skal det også ligge føre framlegg til opplegg for organisasjonsbehandling og handsaming på Landsmøtet.”

Utvalget har valgt å ikke legge arbeid i mandatets punkt a, nr. 3 (fattigdom og barn). Det betyr at vi heller ikke har drøftet eller foreslått nye tiltak innen barnevernet. Dette begrunnes dels av kapasitetsmessige grunner og dels fordi Venstre allerede har fylldig politikk på disse områdene. Blant annet har Venstres stortingsgruppe lansert en egen fattigdomspakke, og omfattende styrkingstiltak av barnevernet. Utvalget slutter seg til dette, og har derfor tatt med ett punkt om fattigdom og ett om barnevern i punktprogrammet.

Velferd er en av Venstres fire viktigste hovedsatsningsområder. Det er likevel et område som vi nasjonalt ikke har maktet å få et politisk eierforhold til de siste stortingsperiodene. Historisk har imidlertid Venstre stått solid forankret i utviklingen av velferdsstaten. Det er all grunn til å tilrive oss både eierforhold igjen og bli premissleverandør for videreutviklingen. På kort sikt hviler ansvaret for dette primært på Venstres folkevalgte i kommunestyrene.

Velferdsutvalgets arbeid startet opp i juni. Samtidig ble samhandlingsreformen vedtatt på Stortinget. Mens utvalget arbeider med ny politikk på en rekke områder klargjøres det for en ny helsereform som er preget av overføring av ansvar og oppgaver fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste. Utvalget har derfor ikke vært på reformjakt. Vi har konsentrert oss om hvordan spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste kan bli bedre. Og hvordan samarbeidet kan styrkes utover samhandlingsreformen.

Det sentrale begrepet i velferdspolitik syns å være begrepet helse. En presis definisjon savnes, men WHO's definisjon fra 1946 er at: "Helse er en tilstand av fullkommen fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og svekkelse". Med de avgrensninger et slikt dokument har, er det ikke mulig å belyse helsebegrep og helsepolitikk i en så utstrakt fortolkning som WHO legger opp til. Avgrensningen har derfor i stor grad begrenset seg til nettopp håndtering av sykdom og svekkelse; men gjennom kapitlet om rehabilitering likevel tatt opp i seg integrasjonen av mestring og ressurser.

Heller ikke begrepet sykdom lar seg klart avgrense. Gjennom vekst i sykdomsbegrepet og økt fokus på risikofaktorer og behandling av risiko er det stadig flere som kommer under behandling, og som defineres eller definerer seg som syke.

Helsebegrepets mer positive sider kan omtales som ”prosesser som skaper god helse og holder folk friske”. Dette bør inngå i tenkning og forståelse av alle politikkområder fra arbeid og næringsliv, via miljø og kunnskapspolitikk til rusomsorg og sosialtjenester. Dokumentet har av plasshensyn likevel konsentrert seg primært om det som direkte vedkommer de ulike helsetjenestene.

Velferdsutvalget ønsker en bred debatt om velferdspolitiske utfordringer slik mandatet legger opp til. Vi har så langt gjort vår del av jobben. Den neste er opp til medlemmene. Nå forventer vi at utvalgets arbeid drøftes på medlemsmøter og fylkesårsmøter. Vi ønsker oss engasjement. Vi ønsker oss flere konkrete innspill og tilleggsforslag. Vi tåler til og med endringsforslag. Landsmøtet i april behandler utreningen til slutt. Vi ønsker enkeltmedlemmer, lokallag og fylkeslag lykke til.

1. VELFERDSSAMFUNNETS UTFORDRINGER

Norge har et velferdssamfunn vi kan være stolte av. Helsetilbudet er på verdenstoppen både i kvalitet og kvantitet. Uavhengig av geografi og betalingssevne er ambisjonen at alle som trenger hjelp skal få et likeverdig behandlingstilbud. Likevel er det mennesker som faller utenfor systemet, og organisatoriske og ressursmessige utfordringer som må løses.

1.1 Fire hovedutfordringer

1.1.1 Et økende forventningspress i helsevesenet.

Stadig nye legemidler, nye behandlingsmetoder og andre helseteknologiske framskritt gjør at mer helsebehandling blir teknisk mulig. Det er selvsagt positivt, men samtidig skaper dette et forventningspress. Det blir derfor stadig viktigere å skille mellom hvilken ressursbruk som er teoretisk mulig og hvilken ressursbruk som er riktig.

Prioriteringsspørsmålet framstår gjennom dette som et av de viktigste, og i takt med nye behandlingstilbud og ny medisinsk teknologi vil prioriteringene bli hardere. En økende etterspørsel skal ikke nødvendigvis besvares med økende tilbud. Forventningene til hva offentlig helsevesen kan tilby bør realitetsorienteres gjennom offentlige gode prioriteringer.

1.1.2 En enorm kostnadsvekst i spesialisthelsetjenesten.

Siden 2002 har den årlige kostnadsveksten vært på 7 – 8 milliarder kroner, fra ca 40 til 100 milliarder. En slik utvikling er ikke bærekraftig på sikt, og gir nødvendigvis heller ikke de beste løsningene for pasientene. Veksten i bør i fremtiden primært skje i primærhelsetjenesten. Mer ressurser og økt kompetanse på kommunenivå vil redusere etterspørselen etter spesialisthelsetjenestetilbud og i mange tilfeller gi et bedre tilbud.

1.1.3 En stadig eldre befolkning

I dag er det nesten fem i lønnet arbeid for hver pensjonist. I 2050 vil dette være halvert til 2,5. Dette krever smarte løsninger for å dekke både arbeidskraft- og finansieringsbehovet.

1.1.4 Endringsbehov i offentlig sektor

For å unngå dramatisk skatteøkning eller storstilt privatisering må flere velferdsoppgaver løses nærmere borgerne. For å få det til må vi ha kommuner som er sterke nok til å ta et slikt ansvar. Det krever endringer i dagens kommunestruktur og en systematisk flytting av makt og ressurser fra stat til kommune.

1.2 En liberal tilnærming

Et liberalt parti tufter politikken sin på overbevisningen om at mennesker som blir vist tillit tar ansvar, for seg selv og andre. Å flytte ansvaret for og organiseringen av ulike offentlige tjenester så nært borgerne som mulig, er derfor alltid et mål for Venstre.

Folk som blir vist tillit, tar ansvar. Derfor vil Venstre gjøre kommunen i stand til å ta på seg deler av spesialisthelsetjenesten. Det vil sikre bedre kvalitet og mer effektiv bruk av ressursene. I tillegg vil det være langt enklere for den enkelte borger å se sammenhengene og nødvendigheten av ulike prioriteringer, og slik dempe de totale forventningene.

Skal kommunene kunne ta på seg større oppgaver innen helsesektoren, må de bli større og sterkere. Venstre ønsker derfor en kommunereform som sikrer at kommunene kan overta deler av spesialisthelsetjenestene, som for eksempel smertebehandling og rehabilitering.

Et større mangfold i tjenestene, ikke minst for de eldre, er et selvstendig mål for Venstre. En blanding av et bredt offentlig tilbud, målbevist satsing på forskning og moderne teknologi, kombinert med ulike

1 incitamentordninger for at det skal være enklere å ta på seg omsorgsoppgaver som privatpersoner, skal sikre
2 valgfridom livet ut.

3

4 For å legge til rette for god helse for alle deler av befolkningen, trenger vi en sterk primærhelsetjeneste og et
5 prioritert folkehelsearbeid. Tjenesten må i planlegging og utbygging ta innover seg mangfoldet av behov.
6 Både når det gjelder helse, risikofaktorer og sykdom er det stor variasjon i befolkningen. Dette må ligge i
7 bunn når vi utformer fremtidens helsetjenester.

8

9 For et liberalt parti henger plikter og rettigheter sammen. Et offentlig helsetilbud kan aldri kompensere for
10 eller erstatte ansvaret hver og en har for egen helse og velferd. Å satse på folkeopplysning, både gjennom
11 skolen og ulike holdningskampanjer har høy prioritet for Venstre.

2. SPESIALISTHELSETJENESTEN

2.1 Nå-situasjon

Staten har det overordnede ansvar for spesialisthelsetjeneste. I praksis styrer staten gjennom de fire regionale helseforetakene. Helseforetakene skal igjen tilby spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager. Spesialisthelsetjenesten omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, prehospitaltjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet.

2.2 Venstres politikk

2.2.1 Bedre samarbeid

Venstre mener det er viktig å styrke primærhelsetjenesten og har en tro på at bedre samhandling mellom sykehus og primærtjenesten vil kunne føre til færre re-innleggelses i sykehus, bedre rehabilitering og økt verdighet. Venstre mener en forsterket primærhelsetjeneste i kommunene, kombinert med bedre samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjeneste i forkant og etterkant av sykehusbehandling, vil være bedre for pasientene.

Helsevesenet blir stadig mer spesialisert, og behovet for sentralisering av mange oppgaver øker. Dette vil, i kombinasjon med samhandlingsreformens intensjon om å flytte mer av spesialisthelsetjenestens nåværende oppgaver ut i kommunen, nødvendiggjøre omstilling og endring av sykehusstrukturen i Norge. Venstre mener en slik omstilling må skje i en helhetlig ramme og være både politisk styrt og faglig fundamentert. Det er viktig at man har en offentlig debatt om kvaliteten i helsesektoren, slik at man har mulighet til å ta de grep, små og store, som sikrer oss et så effektivt og kvalitetsmessig godt tilbud som mulig.

2.2.2 Politisk styring

Venstre er for nødvendige omstillingsprosesser i sykehusstrukturen, men vektlegger åpenhet, ærlighet og politisk styring. Venstre ønsker derfor en nøye gjennomgang og vurdering av sykehusstrukturen med fokus på både det lokale og det sentraliserte tjenestetilbudet, herunder dimensjonering av akuttilbud og funksjonsfordeling der det er hensiktsmessig. Denne vurderingen bør inngå i en operativ sykehusplan som Stortinget kan være med på å påvirke. Venstre vil derfor ha en nasjonal sykehusplan.

Erfaringene fra omorganiseringen av Oslo sykehusene det siste året er et eksempel på hvor galt det kan gå innenfor dagens modell. Der skal alle sykehusene fusjoneres sammen i det "nye" Oslo Universitetssykehus. Et prosjekt som har møtt betydelig faglig og folkelig motstand, og som antakeligvis er underfinansiert.

Omstillingsprosessen i Oslo er uten politisk kontroll og uten forankring i offentlig debatt. Det økonomiske fundamentet er ikke på plass, IKT systemene ikke bærekraftige, de ansatte tviler på reformen, de politiske styringssignalene følges ikke opp, og befolkningen blir utrygge på eget tilbud. Det er heller ikke samsvar mellom det regjeringen sier, og det som blir resultatet. Blant annet påstår regjeringen at rusomsorg er et satsningsområde, like fullt kuttes det i tilbudet. Det om skjer i Oslo er alvorlig, ikke minst fordi Oslo sykehusene bærer viktige nasjonale oppgaver.

Korrigert for pensjonskostnader brukte staten ca 100 milliarder NOK på spesialisttjenesten i 2010, en økning på knapt 60 milliarder siden Staten overtok ansvaret i 2002.

I samme periode har antall årsverk økt fra ca 83 000 til 98 000, polikliniske konsultasjoner har økt fra 4 millioner/år til nesten 7 millioner, og gjennom-snitt liggetid i somatiske sykehus er redusert fra 5,7 døgn til 4,5.

1 Venstre og resten av opposisjonen har gjentatte ganger stilt spørsmål om prosessen. Vi har prøvd å sette
2 reformen på vent til alle avklaringer er gjort for å sikre at omstillingen fører til bedre tilbud i sum, men dette
3 blir ikke tatt på alvor. Venstre er enige i at det er nødvendig med omstilling i Oslo sykehusene, og det er ikke
4 tvil om at det er effektiviseringspotensial. Reformen som tvinges igjennom på denne måten, er likevel dømt
5 til å mislykkes. Det er synd, for det burde være resultatene som er viktigst.

6
7 Venstre mener det er viktig med offentlig debatt om de store omstillingene som er påkrevd i sykehusene. I
8 dag ser vi at ansvaret i stor grad pulveriseres mellom helseforetakene og regjeringen. Venstre vil beholde
9 helseforetakene, men ønsker mer politisk styring, og langt klarere ansvarslinjer. Venstre vil derfor pålegge
10 regjeringen at den med jevne mellomrom skal legg frem en stortingsmelding som tydeliggjør regjeringens
11 politikk for helseforetakene og ulike omstillingsprosesser der.

12 **2.2.3 Lokalsykehusene**

13 Venstre mener at lokalsykehusene har en nødvendig og viktig rolle i det totale helsetilbudet til befolkningen,
14 og de er viktige for å ha god beredskap landet over. Det er gode argumenter for å beholde de fleste
15 lokalsykehusene, selv om det medfører utfordringer for å opprettholde kvaliteten.

16
17 For å ikke utvanne lokalsykehusbegrepet, vil Venstre at et lokalsykehus oppfyller et sett av
18 minimumsfunksjoner: akuttberedskap innen indremedisin, ortopedisk kirurgi og/eller generell kirurgi,
19 fødetjenester, og anestesi tilstrekkelig for akutt indremedisin. I tillegg må det være røntgen og
20 laboratorietjenester som minimum dekker behovet for akuttbehandling. Ytterligere tjenester må sees i
21 sammenheng med avstand til omkringliggende sykehus.

22 **2.2.4 Økt spesialisering**

23 Dagens sykehusstruktur samsvarer ikke nødvendigvis med behov og mulighetene vi har, verken nå eller i
24 fremtiden. Den medisinskteknologiske utviklingen og spesialiseringen innenfor medisinen, samt våre
25 forventninger om best mulig behandlingsresultat og minst mulig risiko, fører til at mange
26 behandlingsformer bør være samlet på færre enheter enn i dag. Dette er en utvikling vi må ta innover oss.
27 Venstre er inneforstått med at det betyr at mange må reise mer for å få behandling, men er også åpne for et
28 mangfold av organisatoriske løsninger. Dette betyr at mange sykehus vil få endrede oppgaveporteføljer.

29
30 Venstre vil vektlegge kvalitet i behandlingen, fremfor opprettholdelse av mange geografisk spredde
31 spesialiserte tilbud.

32 **2.2.5 Desentraliserte tjenester**

33 Venstre er positiv til lokale løsninger der man tilbyr desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbud, og vil
34 støtte slike initiativ. Den type kreativitet som for eksempel sikrer dialysepasienter kortere vei til behandling,
35 øker livskvalitet for borgerne, og bidrar til spennende medisinske fagmiljøer også utenfor sykehusene.

36
37 Den medisinske utviklingen gjør også at stadig flere tjenester kan tilbys hjemme. Med slike lokale fagmiljøer
38 vil det oppleves som tryggere å motta slike tjenester, enn om man må reise langt dersom det oppstår små
39 komplikasjoner. Det bør derfor utvises stor raushet fra statelig side for å få lagt til rette for slike tilbud, og
40 mange steder i landet vil det være naturlig at de er samlokalisert med lokalsykehuset. En kan også tenke
41 seg at distriktsmedisinske sentra, som en del av spesialisthelsetjenesten, samlokaliseres med
42 lokalmedisinske sentra, som igjen er en del av kommunehelsetjenesten.

43 **2.2.6 Kvalitetsarbeid**

44 Helsevesenet skal være til for pasientene, og det fremste formålet er å verne om pasientenes liv og helse. Det
45 er en stor utfordring for helsevesenet at stadig flere dør som følge av feil
46 innen helsevesenet. For Venstre er det av høyeste prioritet at feil kan
47 avdekkes raskt, og at kvaliteten på helsetjenesten heves slik at liv ikke går
48 unødvendig tapt. Å heve kvaliteten i helsevesenet gjøres ikke gjennom
49 enkle politiske tiltak, men ved systematisk arbeid ved den enkelte
50 institusjon, samarbeid mellom ulike enheter på sykehus, samhandling
51
52
53
54
55
56

Ca 14,5% av pasientoppholdene i 2010 var forbundet med skade påført dem under behandlingen. 0,6% (ca 4 500) av disse pasientene døde som følge av skadene.

Kilde: www.pasientsikkerhetskampanjen.no

1 mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og i møtet mellom den enkelte helsearbeider og pasient.

2
3 En dyktig ledelse med tillit nedover i organisasjonen, og støtte blant politiske myndigheter er en
4 forutsetning for å bedre kvaliteten. Venstre vil satse på ledelsesutdanning i helsevesenet, både på toppnivå
5 og avdelingsnivå. Det er hevet over enhver tvil at god ledelse som igjen sikrer et godt arbeidsmiljø, er den
6 beste garantien for høy kvalitet på tjenestene.

7
8 Det må også bli bedre samordning mellom administrativ og faglig ledelse. Dette krever en bedre forståelse
9 av økonomiske prioriteringer blant de faglige ansvarlige, samtidig som den administrative ledelsen må ha
10 oversikt over pasienter og de faglige utfordringene.

11
12 Ordningen med pasientansvarlig lege må videreføres og styrkes, i dag er det varierende i hvor stor grad
13 ordningen følges opp.

14
15 Venstre vil advare mot en utvikling der kvalitetsarbeid i økende grad handler om ekstra papirarbeid for de
16 ansatte som jobber der, og ekstra kontrollrutiner som i liten grad har dokumentert effekt for pasientens
17 helse. Ofte kan kontrollrutiner og sjekklister føre til ansvarsfragmentering, og fjerne fokuset fra
18 kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient.

19 **2.2.7. Ventetid – kreftbehandling**

20 De såkalte kvalitetstallene for behandlingsforløpet for en rekke sykdommer viser at for mange pasienter
21 venter for lenge på behandling. Unødvendig ventetid er uholdbar, ikke minst for kreftpasienter.

22 Fra 23. juni 2011 ble det innført tidsfrister for pasientforløpet for kreftbehandling. Det er satt krav om at det
23 skal gå maksimalt 20 virkedager fra sykehuset mottar henvisningen til nødvendig utredning er fullført og
24 første behandling starter

25 Mange pasienter har naturlig nok oppfattet dette som en tidsgaranti. Debatten i forkant har også i stor grad
26 dreid seg om innføring av en tidsgaranti og regjeringens utspill blir da oppfattet som et svar på dette.
27 Tilbakemeldinger fra sykehus og pasienter viser at dette likevel ikke er realiteten. Regjeringen viser nå til at
28 det kun er gitt anbefalinger overfor helsetjenesten. Det er noe helt annet enn en tidsgaranti.

29 Det er grunnleggende kunnskap at desto raskere en kreftpasient kommer til behandling desto bedre kan
30 behandlingsresultatet bli. Venstre krever derfor at målsettingen om en «20 virkedagersgaranti» skal være en
31 reell garanti som alle pasienter skal kunne stole på realiseres.

32 **2.2.8 Forskning og utdanning**

33 Forskning i spesialisthelsetjenesten er nødvendig for å sikre et kvalitativt godt og oppdatert diagnostikk- og
34 behandlingstilbud til norske pasienter og er en forutsetning for videreutviklingen av helsetjenesten.
35 Grunnforskningen pågår i stor grad ved universitetene, mens den praktiske anvendelsen av kunnskapen i
36 stor grad må skje ved helseforetakene. Venstre er opptatt av å styrke forskningen ved helseforetakene, slik
37 at man også kan bringe erfaringene fra klinisk praksis tilbake til grunnforskningen.

38 **2.2.9 Beredskap og ambulansetjenester**

39 Med bakgrunn i sentralisering av sykehusfunksjoner vil flere pasienter få lengre vei til nærmeste sykehus.
40 For å sikre likeverdig helsetilbud til alle vil det være økende behov for prehospitale tjenester, med kapasitet i
41 ambulansetjeneste og økt helikopterberedskap.

42
43 Den nylig behandlede Nasjonale helse- og omsorgsplanen har ikke drøftet dette. Kartet over dagens
44 helikopterbasert viser et hull over den mest befolkningsrike delen av Nord-Norge og Telemark og Buskerud i
45 sør. Venstre vil derfor at det etableres helikopterbasert slik at disse hullene tettes.

46
47 Ny forskrift for ambulansetjenesten har sikret høy kvalitet på tjenesten. En mindre heldig effekt, er at
48 forskriften har forverret mulighetene for frivillige til å supplere bemanningsbehovet. Dette har medført at

- 1 flere regioner sliter med å bemanne ambulansetjenestene. Venstre vil derfor å endre forskriftene. En endring
- 2 skal definere klart skillet mellom ordinære ambulanser, og ambulanser som kan benyttes til enklere
- 3 oppdrag, som for eksempel rene transportoppgaver, uten å gå på akkord med kvalitetskravet til
- 4 "primærambulansene". Ved å tilføre denne typen ambulanser, må det også være et mål å unngå unødvendig
- 5 og belastende transport med ulike kollektivløsninger (buss, jernbane etc.).

3. SAMHANDLINGSREFORMEN

3.1 Samhandlingsreformen - bakgrunn

Samhandlingsreformen ble vedtatt i Stortinget 06. juni 2011. Bakgrunnen for reformen er å flytte oppgaver fra blant annet sykehus til kommuner. Veksten i sykehusøkonomien skal under kontroll og kommunene skal overta noen av dagens sykehusoppgaver.

3.2 Venstres politikk

Venstre er enig i samhandlingsreformens intensjoner: Å styrke primærhelsetjenesten og slik sett gi et bredere og bedre helsetilbud i borgernes nærmiljø. Venstre mener at betydelig flere oppgaver kan og bør desentraliseres: distriktpsykiatriske- og distriktsmedisinske sentra, rehabilitering, barnevern, folkehelse/forebygging, rusomsorg og kriminalomsorg. Skal en gi kommunene forutsetninger som gjør dem i stand til å utføre slike oppgaver optimalt, må kommunene imidlertid styrkes på bekostning av staten.

Både for å ha slagkraft og for å ha attraktive arbeidsmiljø for eget personale, må kommunene bli større. For blant annet å gi bedre helsetilbud så nært der vi bor som mulig, ønsker Venstre en kommunereform etter følgende oppskrift: Stortinget fastsetter et måltall for hvor mange kommuner Norge skal ha. Kommunene selv får bestemme de nye kommunegrensene. De nye kommunegrensene bør følge naturlig sammenhengende bo- og arbeidsmarkedsregioner. Av hensyn til Noregs spesielle geografi kan det ikke settes en absolutt minimumsgrense for antall innbyggere i kommunene. Det må lages spesielle ordninger for øykommuner og andre kommuner der geografi gjør kommunesammen-slåing mindre aktuelt.

3.2.1 En gigantisk reform uten nødvendig fundament

Samhandlingsreformen er gigantisk. Vi snakker sannsynligvis om den største helsereformen i moderne tid. Mye tyder på at enkeltinnbyggerne ikke er gitt tilstrekkelig forståelse for hva som skal innføres av helseendringer fra første januar 2012. Det er alvorlig. Her har åpenbart systemene vært viktigere enn hensynet til enkeltmennesket.

Samhandlingsreformen er, når den en dag er innført i sin fulle bredde, helsepolitisk altoppslukende. Den handler om spesialisthelsetjeneste, om fastleger, om kommunehelsetjenesten og den vil etter hvert angå alle helseområdene, ikke bare det somatiske. Reformen skal utgjøre fornyet satsning på forbygging, det er økt ansvar på kommunene, det er oppbygging av nye kommunale funksjoner og det er redusert vekst i spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen kan endre Helse-Norge.

Fra 1. januar 2012 er alle utskrivingsklare pasienter kommunens ansvar fra dag en. Makter ikke kommunen å etablere et tilbud må kommunen betale for hvert døgn som går etter at pasienter er erklært ferdigbehandlet. Alt her vil kommunene møte svært ulike utfordringer: Ulike antall tilgjengelige sykehussenger og ulik utskrivingspraksis i nasjonalt perspektiv kan medføre radikale forskjeller for kommunene.

For å kunne ta imot utskrivingsklare pasienter fra sykehusene må kommunenes omsorgstilbud oppdateres slik at en kan følge opp sykehusets behandling. Mange kommuner har gode tilbud allerede i dag, andre i mindre grad. Skal kommunene ta imot pasienter på en god måte må det bygges opp kompetanse og kapasitet. Lokalmedisinske sentra er en måte å løse dette på. Det er behov for et større antall senger, bedret kapasitet i hjemmetjenestene, rehabiliteringstilbud og kompetanse til å videreføre behandling. Det er naturlig å legge også forebyggende funksjoner inn i kommunenes tilbud.

En av de sentrale intensjonene bak samhandlingsreformen er å redusere antallet lange reiser til sykehus. Selv om det ikke er majoriteten av oss som reiser langt for sykehusbehandling/-pleie, er det liten tvil om at det er en tøff belastning for den som likevel må ta reisen. Sykehus er også dårlig egnet som omsorgstilbud, og mange, særlig eldre, kan vinne på å få behandling lokalt. Slik sett er det liten tvil om at et kommunalt

1 tilbud i nærmiljøet vil øke livskvaliteten for mange. Dessverre er det likevel her samhandlingsreformen er på
2 sitt aller svakeste: Vil 429 kommuner kunne bygge opp en tilstrekkelig medisinsk behandlingsskapasitet og –
3 kvalitet innenfor dagens rammer?

4 **3.2.2 Lokalmedisinsk senter**

5 Selv om samhandlingsreformen blir gjennomført uten tilstrekkelig forankring og planlegging, vil
6 kommunene tjene på en aktiv tilnærming. Venstres lokalpolitikere bør derfor være pådrivere for å etablert
7 et lokalmedisinsk senter så raskt som mulig, enten i kommunal eller interkommunal regi. For Venstre er det
8 en forutsetning at lokalmedisinske sentra er fullfinansiert av staten, både i forhold til drift og investeringer.
9

10 **3.2.3 Fullfinansiering av samhandlingsreformen**

11 Venstre stiller seg spørrende til om finansieringen av samhandlingsreformen er tilstrekkelig. Både
12 kommunal medfinansiering knyttet til somatiske diagnoser og antallet utskrivingsklare pasienter er basert
13 på historiske tall. Beløpet den enkelte kommune får uttrykkes i statsbudsjettet. Dersom tall er feil vil det
14 være kommunene som overtid bærer det økonomiske tapet. Dette kan få dramatiske konsekvenser for
15 kommunene. Derfor er det avgjørende at reformen er fullfinansiert kommune for kommune. Venstre vil
16 derfor sette av midler kommunene kan søke på for å rette opp åpenbare mangler og skjevheter som oppstår
17 i kjølvatnet av reformen.
18

19 I dag er det store egenandeler på sykehjem, det er egenandel på medisiner, legekonsultasjoner,
20 legevaktbesøk, polikliniske konsultasjoner, hjemmehjelp m.m. Grunnlag for å sette egenandel på
21 hjemmesykepleie er til stede. Venstre vil derfor utvide adgangen kommunene har til å prissette helse- og
22 omsorgstjenestene til også å omfatte hjemmesykepleie. Ved eventuell innkreving av egenandeler i
23 omsorgen, bør kronikere og lavinntektsgrupper vurderes skjermet. Det skal være valgfritt for kommunen å
24 innføre en slik egenandel. Vi forutsetter imidlertid at midlene skal tilbakeføres til videreutvikling og
25 oppbygging av den kommunale hjemmesykepleie.
26

27 I dag er mer enn 30% av brukerne av hjemmetjenesten under 67 år, mot 18% i 1992, og disse brukerne har
28 stått for det meste av veksten i tjenestene. Videre må kapasiteten i hjemmetjenesten økes også for eldre. En
29 slik utvikling er viktig, da flere får anledning til å bo hjemme. En økt satsning på brukere over 80 år vil
30 kunne gi store gevinster i form av økt livskvalitet og reduserte sykehus- og sykehjemsinnleggelseser.

31 **3.2.4 Veien videre – større kommuner og pilotprosjekter**

32 Venstre er bekymret for at det ikke er tilstrekkelig fokus på forebyggende strategier og tiltak i
33 samhandlingsreformen. Likeledes er det usikkert på om det er bred nok kompetanse i kommunene til å
34 forholde seg til de krav og forventinger departement, direktorat, regionale helseforetak og sykehus vil ha.
35 Venstre er allikevel ikke i tvil om at samhandlingsreformen i fremtiden vil omfatte alle helseområder.
36

37 Før en utvider reformen og gir kommunene ansvar for flere oppgaver, vil Venstre primært sikre sterkere
38 kommuner (se punkt 3.2.1). Uansett bør det gjennomføres ulike pilotprosjekter, for eksempel innen rus og
39 psykiatri, før kommunene får tilført ytterligere oppgaver. Slik unngår en mye av den usikkerheten og
40 uklarheten vi ser nå.

41 **3.2.5 Forskning og utdanning i kommunene**

42 Det er behov for økt innsats på forskning som kan bidra til at vi alle kan klare oss lenger i våre hjem før vi må
43 gi avkall på autonomi og blir avhengig av medisinsk støtteapparat. Sverige har for eksempel en
44 forskningsmodell "Swedish Brain Power", der alle instanser – forskningsmiljøene, sykehjemmene,
45 hjemmehjelpstjenestene og pasientenes egne hjem – er tatt inn i forskningen. Framskritt innen
46 grunnforskning omsettes til bedre pleie i sykehus og hjem, og problemstillinger som dukker opp i sykehus,
47 sykehjem og hjem blir kommuniserte til kliniske- og grunnforskingsmiljøer. En slik forskningsinnsats
48 styrker relevansen av forskningen og gjør også hele forskersamfunnet til bedre formidlere. Venstre mener
49 den svenske modellen med fordel kan og bør kopieres.
50

1 For å sikre helsetjenester av høy kvalitet er det en forutsetning at man utvikler faglige retningslinjer som
2 oppdateres kontinuerlig ettersom kunnskapen økes gjennom forskning. Større grad av forskningsbaserte
3 retningslinjer er nødvendig for å sikre kvaliteten i helsetjenesten, samtidig som den enkelte helsearbeider
4 må anvende resultatene i forhold til lokale forhold og den enkelte pasient.

5
6 Helsedirektoratet må i større grad enn i dag ta ansvar for faglig oppdatering av leger både ved sykehusene
7 og i allmennpraksis.
8

9 **3.3 Rehabilitering og habilitering**

10 **3.3.1 Situasjonen**

11 Ved utgangen av 2011, kan vi konstantere at den Nasjonale strategien for rehabilitering og habilitering 2008
12 – 2011 ikke har ført til en signifikant bedring av tilbudet. Det overordnede målet med strategien var å gi
13 rehabilitering og habilitering den prestisje og posisjon som feltet trenger.

14
15 En rehabiliterings- eller habiliteringsprosess involverer flere aktører, også utenfor helsetjenesten. Prosessen
16 må planlegges og gjennomføres ut fra den enkeltes individuelle behov. Det er viktig at alle får et tilrettelagt
17 tilbud i sitt nærmiljø, men at også at spesialisttjenester er tilgjengelig når det trengs.
18

19 **3.4 Venstres politikk**

20 Venstre vil at rehabiliterings- eller habiliteringstiltak skal være en integrert del av pasientforløpet hos barn
21 og voksne med ulike sykdommer og skader.
22

23 Psykiske helseplager har blitt en folkesykdom. Psykisk sykdom alene, og i samspill med annen sykdom, er
24 noe som rammer store deler av befolkningen gjennom et livsløp. For raskere å bli frisk, samt forhindre
25 tilbakefall, vil Venstre ha fokus på at rehabilitering også skal rette seg mot psykiske helseplager.
26

27 Venstre vil at samhandlingsreformen skal føre til et nødvendig løft på området. Det er i den forbindelse
28 viktig at alle deler av rehabiliterings- og habiliteringsområdet må styrkes, ikke bare den medisinske. Dette
29 vil føre til at mye av etterspørselen av sykehustjenester kan forebygges.
30

31 Venstre mener at private/ ideelle rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner er en viktig del av tjenestene
32 som tilbys og må sidestilles med offentlige institusjoner.

33 **3.4.1 Forpliktende opptrappingsplan for rehabilitering og habilitering**

34 For å kunne realisere målet om rehabilitering og habilitering i helsesektoren er det helt nødvendig med en
35 forpliktende økonomisk og organisatorisk opptrappingsplan.
36

37 Venstre vil arbeide for at en slik opptrappingsplan inneholder konkrete nasjonale og lokale innsatser for å
38 sikre økt omfang, kvalitet, fagutvikling, brukermedvirkning og forskning for å nevne noe.

39 **3.4.2 Tettere samhandling mellom frivillig sektor og offentlige myndigheter for å løse viktige velferdsoppgaver**

40 For svært mange med kronisk sykdom eller funksjonsnedsettelse er god opplæring om mestring av sykdom
41 og nedsatt funksjonsevne ofte like viktig som medisinsk behandling. Frivillig sektor sitter med bred
42 kunnskap om det å leve med en funksjonsnedsettelse, og tilbyr kurs og samlinger, likemannsarbeid,
43 besøkstjeneste og fritids- og rekreasjonstilbud. Brukerorganisasjonene har en nærhet til brukerne og kan
44 bidra med kunnskap og veiledning som det offentlig ikke gir. I tillegg organiserer frivillig sektor
45 lavterskeltilbud som treningstilbud og kostholds grupper.
46

47 **3.4.3 Et helsetilbud tilpasset ulike aldersgrupper**

48 Ulike aldersgrupper har ofte ulike behov i møte med helsevesenet. I de siste årene har det blant annet
49 utviklet seg et særskilt fokus på ungdomshelse.

1
2 Et tilpasset tjenestetilbud innen helse- så vel som omsorgstjenester er viktig for Venstre. Venstre vil arbeide
3 for at ingen unge under 50 år skal plasseres i aldersinstitusjoner mot sin vilje.

4 **3.4.4 Fysioterapi - rehabilitering**

5 Fysioterapeutene og ergoterapeuter har et viktig oppdrag i kommunens primærhelsetjeneste, både
6 for lindrende, rehabiliterende og forebyggende behandling. God rehabilitering vil være helt avgjørende hvis
7 vi skal lykkes med samhandlingsreformen.

8
9 Pasientene prioriteres inn til behandling via sin fastlege og en rekvisisjon, mens det ikke skjer en overordnet
10 prioritering inn til kommunens fysioterapeuter som har avtale. Det er kun de terapeutene som har avtale
11 som gir redusert pris (refusjon fra folketrygden)

12
13 Problemet med dagens ordning blir særlig synlig i kommunene med knapphet på fysioterapeuter med
14 avtale. Der kan vi for eksempel se en situasjon med to fysioterapeuter med avtale, en uten, men til samme
15 tid trenger 3 personer hjelp. To slipper unna med egenandel, selv om legen har sagt at alle tre trenger
16 behandling. legen har imidlertid ikke sagt hvem som trenger hjelp mest. Det har ikke skjedd en prioritering,
17 så det er i stor grad tilfeldig hvem som får behandlingen kommunen og staten betaler for. Imidlertid
18 har alle fysioterapeutene samme utdanning - og er like kvalifisert. Det er altså en skjevhet i systemet som
19 ikke sikrer prioritering på behov, ift tilgjengelig personell. Venstre vil derfor gjennomgå de hjemmelbaserte
20 ordningene, for å se om det er mulig å styre primært tilbudet noe bedre enn i dag.

21
22 Venstre ønsker en gjennomgang av dagens refusjonsordninger for å sikre et rettferdig system, kortere
23 ventetid og lik betaling.

24 **3.4.5 Tolketjenester**

25 Språk og god kommunikasjon er en forutsetning for å kunne sikre likeverd i helsetjenestene. Språklig
26 tilrettelegging både skriftlig og på annet vis er derfor nødvendig. Gode tolketjenester og aktiv lytting er
27 nødvendig for å sikre kvaliteten på helsetjenestene. Venstre vil derfor styrke tolketjenesten og arbeide for at
28 brukemedvirkningen, ikke minst for personer med innvandrerbakgrunn, blir bedre.

29 **3.4.6 Tidlig psykisk helsehjelp for flyktninger og asylsøkere**

30 Migrasjon har mange årsaker, men innebærer for alle et oppbrudd fra kjente forhold og nettverk, noe som
31 innebærer en økt risiko for psykiske plager. Særlig utsatt er flyktninger og asylsøkere. Disse må vies særlig
32 oppmerksomhet i mottaksfasen. Helsetjenesten bør komme til tidlig med psykisk helsehjelp.

33
34 Venstre vil derfor at mottaksansatte sammen med politi og helsetjeneste bør sikres opplæring om psykisk
35 helse for å identifisere helseutfordringer, derunder vurdering av risiko ift potensielt voldelig atferd. Ut fra
36 behovet bør asylsøkerne tilbys individuell plan for koordinerte og langvarige tjenester fra flere instanser.
37 Ikke minst er det viktig at enslige mindreårige asylsøkere og barn som bor med sine foreldre i mottak sikres
38 at de får nødvendig hjelp i samarbeid mellom barnevern, skole og den kommunale helsetjenesten samt
39 spesialisthelsetjenesten.

40 **3.4.7 Papirløse innvandrere, helsehjelp:**

41 Alle har rett til nødvendig helsehjelp i Norge, både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
42 Myndighetene bør sørge for å etablere klare ansvarsforhold og rettigheter for personer uten lovlig opphold.
43 Informasjon om rettigheter bør gjøres tilgjengelig for dem det gjelder. Det bør rettes et spesielt fokus på
44 barn og gravide.

45
46 Venstre ønsker en "helsetiltakspakke" for personer uten lovlig opphold. Sentrale stikkord i så måte er: Rett til
47 forebyggende og kurative helsetjenester i primærhelsetjenesten og etablering av informasjonssystemer
48 som bidrar til at også personer uten lovlig opphold blir kjent med sine rettigheter til helsetjenestene, og at
49 kontakt med helsetjenesten er omfattet av helsetjenestens taushetsplikt.

1 Videre bør det bør settes ned et utvalg med representanter fra innvandrere-, integrasjons- og
2 inkluderingsmyndigheter, sammen med helsemyndighetene, for å avklare ansvarsforhold og tydeliggjøre
3 rettigheter og plikter knyttet til rett til helsetjenester for de personer uten lovlig opphold. I dag må en
4 papirløs flyktning betale for en fødsel på sykehus. Det er et eksempel på uverdige forskjellbehandling og på
5 behov for raske statlige avklaringer.

6 **3.4.8 Oppfølging av Opptrappingsplanen for psykisk helse**

7 Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998 – 2008) var en viktig og avgjørende reform for at mennesker
8 med alvorlig psykisk lidelse skulle få bedre livskvalitet. Da den økonomiske opptrappingen ble avsluttet var
9 det fortsatt mange som ikke hadde et tilfredsstillende kommunalt botilbud. Det bor fortsatt brukere i
10 institusjoner knyttet til spesialisthelsetjenesten. Behovene for bolig er fortsatt tilstede.
11 Opptrappingsplanen ble ingen endelig plan. Det burde den vært.

12
13 Venstre ønsker derfor en oversikt over ventelister i kommunene og at opptrappingsplanen videreføres.

14 **3.4.9 Ansvarsreformen av 1992 (HVPU – reformen)**

15 Det er behov for en grundig evaluering om Ansvarsreformens intensjoner og mål er nådd. Samtidig er det
16 behov for en levekårsundersøkelse for mennesker som omfattes av reformen og deres pårørende.

1 **4. HELSEBYRÅKRATI**

2 Det har de siste årene vært en vesentlig økning i antall byråkrater i helseforvaltningen som kontrollerer og
3 administrerer. Hver femte ansatt i helseforetaket er byråkrat (SSB 2009). Det statlige helebyråkratiet har
4 vokst fra et par hundre årsverk tidlig på 1990 – tallet til. 5000 – 6000 i dag. Å finne eksakte tall for veksten i
5 byråkratiet er svært vanskelig, for ikke å si umulig. Noe som i seg selv er et signal om at byråkratiet er i ferd
6 med å vokse ut av sine proposisjoner. Økningen i byråkrati representerer en umyndiggjøring av
7 helsepersonell. I 2000 oppga for eksempel leger å bruke 54% av tiden på pasientrettet arbeid, i 2010 46%.
8 Venstre vil stanse og redusere byråkratiseringen.

9 **4.1 Venstres politikk**

10 Venstre vil stanse og reversere byråkratiseringen av helsevesenet. Mellom annet vil en bedre samordning
11 mellom de regionale helseforetakene kunne føre til store besparelser og mindre byråkrati. Ifølge en
12 arbeidsgruppe fra regionale helseforetak vil bedre samordning kunne gi en netto innsparing på 1 mrd NOK.
13

14 Venstre mener også at det kan være fornuftig å konkurranseutsette støttefunksjoner. Helsepersonell bør i så
15 stor utstrekning som mulig behandle pasienter. Logistiske, praktiske og administrative oppgaver
16 (støttefunksjoner) bør utføres av annet personell.
17

5. FOREBYGGENDE HELSEARBEID

5.1 Definisjon og bakgrunn

Med forebyggende helsearbeid menes ihht Ottawa-charteret å forebygge sykdom, skade og tidlig død, og fremme folks helse slik at den blir en positiv ressurs i hverdagslivet. De to komponentene "forebygge sykdom" og "fremme helse" må begge forstås og fordøyes.

5.2 Venstres politikk

Det foregår mye positivt helsefremmende arbeid i Norge i dag, og det er på allerede etablerte arenaer at arbeidet bør styrkes videre. Mye av innsatsen gjøres i dag av frivillige og ideelle organisasjoner, hvor bl.a. Besøkstjenesten og frivillighetssentralen kan nevnes. Videre rammer kommunene og kirkesamfunn inn andre tiltak som Aktivitetssentre og diakoniarbeid. Venstre vil derfor kontinuerlig arbeide for å sikre gode rammevilkår for frivillig sektor.

5.2.1 Helsestasjon og helsesøstre

For barn og unge spiller ulike fritids- og idrettsorganisasjoner viktige roller med tanke på forebygging og etablering av helsemessig gode vaner. Helsestasjon og helsesøstre er imidlertid den eneste helsetjenesten som er klart innrettet til dette formålet. Den representerer en unik mulighet til å kunne intervensere tidlig og forhindre negativ utvikling være det seg kosthold, mosjon eller psykososiale forhold.

Venstre vil gjennomføre en nasjonal opptrapping for helsestasjonene over fire år. Dette vil gi 1000 nye helsesøstre, som igjen vil gi anledning til å veie, måle, telle og vaksinere og i større grad kunne avdekke behov for eventuelle forebyggende tiltak.

5.2.2 Velferdsteknologi i den kommunale omsorgstjenesten

Velferdsteknologi er tekniske hjelpemidler som styrker den enkeltes evne til å klare seg i hverdagen til tross for sykdom eller nedsatt funksjon. Slike hjelpemidler kan grovt deles inn i fire typer:

- Trygghets- og sikkerhetsteknologi
- Kompensasjons- og velværeteknologi
- Teknologi for sosial kontakt
- Teknologi for behandling og pleie

Tankegangen bak velferdsteknologi er ikke ny. Det er en lang tradisjon i Norge for bruk av lavteknologiske hjelpemidler til borgere med sykdom eller nedsatt funksjon, som rullatorer, trygghetsalarmer og så videre. Disse erstatter til dels behovet for hjelp fra andre mennesker, og gjør brukeren mer selvstendig. Det nye er at det nå er tilgjengelig mange hjelpemidler som tar i bruk mer avansert teknologi til det samme formålet.

De kommunale omsorgstjenestene har i dag en driftskostnad på 78 milliarder kroner årlig. Høy personalfaktor og få hjelpemidler er sentrale tegn på tjenestene. Potensialet for innovasjon og nye løsninger, i tillegg til mer ressurser, for å møte framtidens omsorgsbehov, er derfor stort. Velferdsteknologi er et positivt bidrag til å møte disse utfordringene

Venstre har en positiv tilnærming til bruk av ny velferdsteknologi. Venstre mener at slik teknologi, anvendt riktig kan bidra til økt selvstendighet for borgerne, sosial deltakelse, kontakt med hjelpeapparatet og hverdagsrehabilitering.

For å nå disse målene må en ta tak i utfordringene som finnes på området. Vi har få bedrifter i Norge som

1 utvikler slik teknologi, og disse finnes hovedsakelig i IKT-bransjen. Samtidig er etterspørselen og innkjøpene
2 små og oppdelt, og hver kommune har ansvar for sitt eget omsorgstilbud. Venstre mener det må tas grep og
3 settes av midler til utviklingsprosjekter og det må legges til rette for informasjonsutvikling mellom
4 kommuner, bedrifter og universitets- og forskningsmiljøer.
5
6 Det er imidlertid det offentlige som må være premissleverandør i dette arbeidet. Det må snarest etableres et
7 Nasjonalt Veldferdsteknologisk senter.

6. OFFENTLIGE, IDEELLE ELLER PRIVATE LØSNINGER

6.1 Venstres politikk

Venstre ønsker gode, offentlig finansierte velferdstjenester. For Venstre er god kvalitet på tjenestene viktigere enn hvem som utfører dem; det offentlige selv, private eller ideelle aktører.

For å sikre et offentlig tilbud med topp kvalitet, er det likevel avgjørende at det har et omfang og en ressurstilgang som ikke gjør at de som har råd å kjøpe seg helsetjenester har fortrinn, hverken kvalitets- eller tidsmessig.

Når prinsippet om lik tilgang på helsetjenester for alle er ivaretatt, er private og frivillige tilbydere et entydig positivt og nødvendig supplement.

Private og frivillige aktører kan ha en avlastende effekt ved at de som foretrekker deres tilbud gjør presset på det offentlige mindre. Konkurransen som oppstår kan på helt annen måte enn et ensidig offentlig tilbud, sikre kostnadseffektivitet, servicevilje og utvikling av nye og bedre behandlingsmetoder. I tillegg sikrer det større grad av frihet for den enkelte til selv å velge hvor en vil behandles.

6.1.1 De markedsrettede helsetilbyderne

De private helsetilbudene finner vi primært innen deler av den kurative medisinen – både på diagnostiserings, behandlings-, rehabiliterings- og forskningssiden, tannhelsetjenesten og apotekervirksomheten. De siste årene har det også, i økende grad, vokst frem et marked for private helseforsikringer.

For å unngå at det oppstår skjevheter i favør av de som kan benytte seg av private tilbud, vil Venstre være en pådriver for å prioritere og utvikle det offentlige helsetilbudet.

6.1.2 Frivillige organisasjoner

Ideelle institusjoner utgjør en svært viktig del av velferdstilbudet i Norge, særlig innen rehabilitering, rus og psykiatri. Gjennom mange år har ulike institusjoner med ideelt utgangspunkt bygget opp gode behandlingstilbud rundt om i landet. Venstre ønsker å ivareta idealismen i velferdssamfunnet og mener det er en egenverdi å beholde et mangfold i tjenestetilbudet, noe ideelle institusjoner representerer.

For sikre bedre rammevilkår for de frivillige organisasjonene vil Venstre blant annet innføre lengre avtaleperioder for ideelle institusjoner med tanke på å sikre kontinuitet i behandlingstilbudet. Videre bør innholdet i anbudsreglementet vurderes på nytt slik at det ikke bare er kortsiktige betingelser som legges til grunn for de som vinner anbudet. Parallelt vil Venstre gjennomføre en helhetlig evaluering av hvordan anbuds-konkurransene fungerer i praksis

6.1.3 Familie og sosialt nettverk

Familien og ulike sosiale nettverk har, og vil også i fremtiden, være et uvurderlig og nødvendig supplement til det offentlige helse- og omsorgstilbudet.

For å stimulere og vise at fellesskapet setter pris på de som stiller opp for egen familie og andre, er det viktig at det offentlige har gode tilskuddordninger og et hjelpeapparat som spiller på lag.

Venstre vil utvide dagens ordninger med permisjoner og omsorgslønn for pårørende som tar seg av familiemedlemmer. For å stimulere kommuner og frivillige organisasjoner til å ansette pensjonister til lettere omsorgsoppgaver, vil Venstre fjerne arbeidsgiveravgiften. De ulike støtteordningen for tilpassing av egen bolig slik at en kan bo hjemme så lenge som mulig, må styrkes.

1 **VENSTRES 24 HELSEPOLITISKE PUNKT**

3 **Venstre vil:**

- 6 1. Gjennomføre en kommunereform som sikrer kommuner som er sterke nok til å ta seg langt flere
7 statlige oppgaver, blant annet innenfor helse- og velferdsområdet.
- 8
9 2. Ha sterkere politisk styring av spesialisthelsetjenesten (sykehusene). Stortinget skal derfor jevnlig
10 vedta en nasjonal sykehusplan. Planen skal tydeliggjøre regjeringens politikk for helseforetakene
11 og ulike omstillingsprosesser. Planen bør også omhandle en klarere grenseoppgang mellom ulike
12 helseinstitusjoner, som for eksempel definisjon på hva lokalsykehusene skal inneholde og hvor de
13 skal ligge.
- 14
15 3. Sikre at lokalsykehusbegrepet ikke blir utvannet, og stille krav om at de som minimum skal ha
16 følgende funksjoner: akuttberedskap innen indremedisin, ortopedisk kirurgi og/eller generell
17 kirurgi, fødetjenester, og akutt indremedisin. I tillegg må det være røntgen og laboratorietjenester
18 som minimum dekker behovet for akuttbehandling.
- 19
20 4. Stimulere til at flere og flere medisinske tjenester kan tilbys hjemme eller i nærmiljøet.
21 Incitamentordninger for å flytte spesialisthelsetjenester nærmere borgerne, som for eksempel
22 samlokalisering av distriktsmedisinske og lokalmedisinske sentra er stikkord i så måte.
- 23
24 5. Videreføre og styrke ordningen med pasientansvarlig lege.
- 25
26 6. Gi reelle garantier for det skal gå maksimalt 20 virkedager for kreftpasienter fra sykehuset mottar
27 henvisningen til nødvendig utredning er fullført og første behandling starter
- 28
29 7. Styrke forskningen i helseforetakende, ikke minst for å sikre at erfaringene fra klinisk praksis kan
30 nyttegjøres bedre i grunnforskningen.
- 31
32 8. Etablere nye baser for ambulanshelikopter slik at hele landet får dekning.
- 33
34 9. Endre forskriften for ambulansetjenestene slik at en både sikrer høy kvalitet og gjør det lettere å
35 rekruttere frivillig ambulansepersonell.
- 36
37 10. Være en pådriver i alle kommuner for å etablere lokalmedisinske sentra. Disse vil sikre bedre
38 kvalitet for pasientene gjennom å gjøre det langt enklere å få nødvendig behandling nærmere
39 hjemmet. Lokalmedisinske sentra skal være fullfinansierte av staten, både hva gjelder investeringer
40 og drift.
- 41
42 11. Sette av midler kommunene kan søke på for å rette opp skjevheter som oppstår i kjølvannet av
43 samhandlingsreformen.
- 44
45 12. Gjennomføre ulike pilotprosjekter, for eksempel innen rus og psykiatri, før kommunene får tilført
46 nye oppgaver i en fremtidig utvidelse av samhandlingsreformen.
- 47
48 13. Øke innsatsen på forskning som kan bidra til at vi kan klare oss lenger i våre hjem, før vi må gi
49 avkall på autonomi og bli avhengig av medisinsk støtteapparat. Den svenske modellen "Swedish
50 Brain Power" kan med fordel kopieres og tilpasses norske forhold.
- 51

- 1 14. Vedta en forpliktende opptrappingsplan for rehabilitering og habilitering. For Venstre er det en
2 forutsetning at rehabiliterings- og habiliteringstiltak skal være en integrert del av pasientforløpet,
3 og at rehabilitering også skal rette seg mot psykiske helseplager.
4
- 5 15. Avbyråkratisere helsevesenet slik at de ansatte primært bruker tiden på
6 tjenesteproduksjon, blant annet gjennom å innføre fornuftige forenklings- og moderniseringstiltak;
7 som samordning og effektivisering av støttetjenester.
8
- 9 16. Gjennomføre en nasjonal opptrappingsplan for forebygging. I samme periode vil Venstre at det
10 opprettes 1 000 nye helsesøsterstillinger.
11
- 12 17. Arbeide for at ingen unge under 50 år skal plasseres i aldersinstitusjoner mot sin vilje.
13
- 14 18. At det utarbeides en oversikt over ventelister over pasienter med psykiske lidelser, og at
15 opptrappingsplanen for psykisk helse videreføres.
16
- 17 19. At det settes av midler til utviklingsprosjekter av velferdsteknologi, og at det legges langt bedre til
18 rette for informasjonsutveksling mellom kommuner, bedrifter og forskningsmiljøer.
19
- 20 20. At det snarest etableres et velferdsteknologisk senter
21
- 22 21. At rammevilkårene for frivillige organisasjoner som tilbyr helse- og velferdstjenester bedres. Lengre
23 avtaleperioder, revurdering av anbudsinnholdet, og en helhetlig evaluering av hvordan dagens
24 anbudskonkurranse fungerer i praksis er sentrale tiltak.
25
- 26 22. Ha en grundig evaluering om Ansvarsreformens intensjoner og mål er nådd, og gjennomføre en
27 levekårsundersøkelse for mennesker som omfattes av reformen og deres pårørende.
28
- 29 23. Styrke barnevernet, bl.a gjennom økt ressurstilgang, nedleggelse av Bufetat og overføre både
30 ressurser og ansvar til kommunene.
31
- 32 24. At Stortinget vedtar en fattigdomspakke der innsatsen særlig settes inn for å forhindre at barn
33 vokser opp i fattigdom.
34
35