



LHL

Interessepolitisk program

2018 – 2020



Utgitt av LHL, april 2018

Opplag: 550 | Design: LHL

Foto: forside, s. 5, 15, 24-25, 29: Christopher Olsson, s. 31 og 35: Shutterstock

Interessepolitisk program 2018 - 2020

Innhold

Kapittel 1 Fra verdier og muligheter til politikk og samfunn	4
Kapittel 2 Rettigheter, innflytelse og medvirkning	6
Kapittel 3 Levekår, fordeling og helse	8
Kapittel 4 Forebyggende og helsefremmende arbeid	11
Kapittel 5 Hjerte-, kar- og lungesykdom – god behandling på alle nivåer	16
Kapittel 6 Rehabilitering og funksjonsfremmende arbeid	22
Kapittel 7 Brukertilpasset tjenestetilbud	26
Kapittel 8 Utdanning og arbeid	30
Kapittel 9 Sosialt fellesskap, kultur og fritid. Livskraftig frivillighet	32
Kapittel 10 Internasjonal solidaritet	34

Kapittel 1

Fra verdier og muligheter til politikk og samfunn

LHL er en verdibærende medlems- og interessepolitisk organisasjon, og verdiforankringen har røtter tilbake til stiftelsen i 1943. LHLs verdier er solidaritet, kunnskap og handlekraft, og LHLs visjon er et bedre liv.

Hva som er eller gir et bedre liv, varierer fra person til person. LHL arbeider for medvirkning, brukerstyring og menneskers muligheter til å velge selv og være aktive aktører i eget liv og i samfunnet. Solidaritet er en forutsetning for menneskers trygghet og frihet. Et solidarisk samfunn stiller opp med samfunnsmessige løsninger på menneskers problemer. LHLs samfunnsmessige mål er full likestilling og deltakelse for mennesker med hjerte-, kar- og lungesykdom og deres pårørende.

LHLs verdier bygger på respekt for menneskerettighetene, ønske om fellesskap mellom mennesker og forsvar for menneskelig mangfold og variasjon.

LHLs interessepolitiske program er forankret i LHLs verdier. Programmet skal konkretisere LHLs formål om å være samfunnspåvirker, skal gi innhold til LHLs samfunnspåvirkning og skal dokumentere politikk som et hovedområde i LHLs virksomhet.

LHL mener at de viktigste strategiske virkemidler for å kompensere og redusere følger av kronisk sykdom og funksjonshemning er å lovfeste individets rettigheter i universelle ordninger, å tilrettelegge det sosiale og fysiske miljøet og å fordele sosiale og økonomiske goder rettferdig.

LHLs verdier stiller krav om at LHLs prioriteringer må fremme utviklingen av et solidarisk samfunn. LHL skal derfor tilstrebe et helhetssyn i politikken, og målene og oppgaven i LHLs samfunnspolitiske program skal derfor være viktige ikke bare for hjerte-, kar- og lungesyke og for mennesker med kronisk sykdom og funksjonshemning, men også for samfunnet som helhet. LHLs krav til politikken er at den skal styrke likestillingen i samfunnet og menneskers mulighet for sosial deltakelse og tilhørighet. LHL vil ikke bare søke allianser med og støtte alle som arbeider for disse målene, men også være villig til å veie egne prioriterte mål og oppgaver opp mot andre initiativ for å skape et samfunn for alle.



Kapittel 2

Rettigheter, innflytelse og medvirkning

LHLs mål er

at mennesker med kronisk sykdom og funksjonshemning skal være sikret rett til selvbestemmelse, integritet og samtykke, rett til innflytelse og medvirkning i alle saker som berører dem, og juridiske rettigheter som reduserer og kompenserer følger av kronisk sykdom og funksjonshemning.

LHL arbeider for

- Lovfesting av universell utforming som norm på alle samfunnsområder.
- En klargjøring og styrking av de individuelle rettigheter til mennesker med kronisk sykdom og funksjonshemning i lovverket.
- Realisering av retten til rehabilitering.
- Styrking av samhandling og koordinering av tjenester til den enkelte, blant annet gjennom økt satsing på individuell plan.
- At retten og muligheten til brukermedvirkning på systemnivå styrkes.
- At funksjonshemmedes organisasjoner skal få en sterkere rolle i utformingen av politikk for funksjonshemmede.

LHL og kampen for rettigheter, innflytelse og medvirkning

LHL har i over 70 år kjempet for rettighetene til først tuberkuloserammede, deretter hjerte- og lungesyke. Dette har både handlet om individuelle rettigheter og retten til medbestemmelse og medinnflytelse i saker der vi er berørt.

LHL mener brukermedvirkning handler om likestilling og deltakelse for funksjonshemmede, og ikke om forbrukerktenkning. Det handler om å være premissleverandør, med muligheter til å påvirke tjenestetilbudet, både på systemnivå og individnivå. LHL støtter ikke et syn som reduserer brukermedvirkning til et spørsmål om valgfrihet, som blir å likne med forbrukernes mulighet til å velge mellom ulike varer og tjenester.

FN-konvensjonen for rettigheter og muligheter

FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter er ratifisert og er dermed forpliktende for Norge. LHL ser konvensjonen som en naturlig og nødvendig videreføring og styrking av arbeidet som startet med FNs standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemning.

Universell utforming

Universell utforming er en viktig forutsetning for deltakelse i samfunnet for alle. LHL mener at kravet til universell

utforming i Plan- og bygningsloven må styrkes for å sikre et bedre vern mot diskriminering av personer med nedsatt funksjonsevne og at det vil bidra til bedre tilgjengelighet for funksjonshemmede. Det er imidlertid fortsatt mangler på enkelte områder. LHL krever at det innføres tidsfrister for å gjøre eksisterende bygg, anlegg og transportmidler tilgjengelige slik at de oppfyller kravet om universell utforming.

LHL mener det er viktig med gode tilsynsordninger som sikrer at diskriminerings- og tilgjengelighetsloven etterlevs.

Reell rett til rehabilitering

I pasient- og brukerrettighetsloven defineres rehabilitering som helsehjelp. Retten til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten omfatter således også retten til nødvendig rehabilitering. Likevel ser vi at det ofte er tilfeldig om man får et tilbud om rehabilitering eller ikke. LHL krever en innskjerping av etterlevelsen av lovbestemmelsene om rehabilitering.

Kunnskapen og informasjonen om den enkelte brukers rettigheter må tydeliggjøres og følges opp fra fastlegene, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Styrket rett til individuell plan

Alle mennesker med behov for langvarige og sammensatte tjenester fra det offentlige hjelpeapparatet har rett

til å få utarbeidet en individuell plan. Individuell plan er en rettighet for brukeren og et verktøy for samarbeid mellom ulike forvaltningsnivåer, etater og sektorer. Planen skal styrke tjenestemottakerens selvbestemmelse og innflytelse i kontakten med tjenesteapparatet.

LHL mener at langt flere brukere bør få en individuell plan. LHL har erfart at det på landsbasis er store forskjeller når det gjelder individuell plan og kvaliteten på planen. Det er derfor behov for tiltak som kan sikre at retten til individuell plan oppfylles på samme måte i hele landet.

Det er lettere å få til koordinerte og gode tjenester tilpasset den enkelte bruker om tiltakene er nedfelt i en individuell plan med klare ansvarspersoner og én ansvarlig koordinator. Individuell plan skal være den overordnede rammeplanen for brukere med tiltak fra ulike sektorer. Det er uheldig om brukere får mange ulike planer. Det er derfor bra at helse- og omsorgstjenesteloven nå fastslår at det er kommunen som har hovedansvaret for å utarbeide individuell plan og oppnevne koordinator.

Når planen er utarbeidet er det av avgjørende betydning at brukeren blir sikret en rett til innholdet i planen, og at det sørges for en framdrift i prosessen. LHLs erfaring er at en del brukere med vedtatt plan ikke får det tjenestetilbudet planen beskriver. LHL mener at det skal kunne fattes et samlevedtak for tiltakene i individuell plan. På denne måten blir brukeren sikret innholdet i planen.

Retten til brukermedvirkning på systemnivå

LHL mener brukermedvirkning er en rettighet, en menneskerett og en demokratisk borgerrettighet. Brukermedvirkning er en metode for kvalitetssikring og for å påvirke forvaltning og tjenesteytere. Representerende brukermedvirkning er en strategi for å skape et samfunn for alle. LHL mener det er behov for å styrke brukermedvirkningen i helsetjenesten – både på individnivå og på systemnivå.

Det må legges bedre til rette for brukernes medvirkning på alle nivåer i helsetjenesten. Brukerrepresentasjon i helseforetakenes styre må lovfestes. LHL mener at etablering av brukerutvalg i kommunene skal lovfestes i helse- og omsorgstjenesteloven.

LHL mener at funksjonshemmedes organisasjoner må få en reell rolle i offentlige og private styre, råd og utvalg som behandler saker som berører mennesker med kronisk sykdom og funksjonshemning. Det er viktig med regler som sikrer at brukerstemmen kommer tidlig nok inn i planleggingen. Rådet for funksjonshemmede må derfor gis nok ressurser.

LHL krever bedre rammevilkår for den representerende brukermedvirkningen ved at det innføres lovpålagt rett til opplæring for brukerrepresentanter og økte ressurser til opplæring av brukerrepresentanter, til erfaringsutveksling mellom dem og til tettere forbindelser til dem de representerer.

LHL mener det også må gis tilskudd til organisasjonene for opplæring av brukerrepresentanter. Arbeid i brukerutvalg må dekkes etter statens satser for utvalgsarbeid, og utgifter må dekkes etter samme regelverk. Det må legges til rette for at kronisk sykdom og funksjonshemning ikke skal være til hinder for utøvelse av brukermedvirkning.

LHL mener det er viktig at offentlig ansatte som arbeider på områder hvor det er brukermedvirkning får opplæring i dette.

LHL mener bruken av brukerrepresentanter må bli mer fleksibel. For eksempel at brukerrepresentanter kan skiftes ut etter hvilken type brukerkompetanse det er behov for. LHL mener også at rekruttering av brukerrepresentanter må kunne skje ved henvendelse direkte til relevante brukerorganisasjoner eller brukermiljøer.

Deltakelse i utformingen av politikk

LHL mener at funksjonshemmedes organisasjoner må delta i alle prosesser som har betydning for funksjonshemmede. LHL ser det å styrke organisasjonenes deltakelse – lokalt og sentralt – i utformingen av politikken som en forpliktelse det norske samfunnet har i henhold til FN-konvensjonen om rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne. Konvensjonen slår fast at de alminnelige menneskerettighetene også gjelder for personer med nedsatt funksjonsevne, og at statene forplikter seg til å arbeide aktivt for å gjennomføre disse rettighetene. Det gjelder sivile og politiske rettigheter, som ytringsfrihet og frihet fra tortur, men også økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter.

Kapittel 3

Levekår, fordeling og helse

LHLs mål er

Et samfunn med små sosiale forskjeller som fremmer god helse for alle, med et inntekts-, skatte- og avgiftssystem som fremmer solidaritet og helse.

LHL arbeider for

- Redusering av sosial ulikhet i helse ved inntektsutjevning og rettferdig fordeling og likeverdig tilgang til utdanning, arbeid og helsetjenester
- At alle skal få reelle muligheter til å ta vare på egen helse.
- Å bedre funksjonshemmedes levekår gjennom sosial inkludering.
- At alle samfunnssektorer har ansvar for å utjevne sosiale helseforskjeller.
- At folketrygden sikrer mennesker med kronisk sykdom og funksjonshemming nødvendig livsopphold.
- Prioritering av barn og unge ved å øke barnetillegget for trygdemottakere som forsørger barn og ved å øke tilleggspensjonen for unge uføre.
- Lovfestet garanti for parallell utvikling i lovfestede ytelser og yrkesaktives lønninger.
- At egenandelene holdes på et moderat nivå og at kronisk syke har gode skjermingsordninger.
- At innslagspunktet i egenandelstak 1 senkes og at egenbetaling på kommunale tjenester i hjemmet, visse medisiner og flere tannhelsetjenester blir innlemmet i ordningen med egenandelstak 2.
- At kronisk syke og funksjonshemmede gjennom blant annet tilrettelegging på arbeidsplassen har de samme muligheter til å arbeide som andre.
- At sykdomslisten som ga rett til gratis fysisk behandling gjeninnføres.

Helse og sosioøkonomisk status

Generelt sett er folkehelsen god i Norge. Samtidig har forskning lenge vist at det er systematiske forskjeller i befolkningens helsetilstand. LHL er spesielt opptatt av sosiale helseforskjeller fordi våre sykdomsgrupper, hjerte-, kar- og lungesykdommer, viser forskjellig forekomst i ulike sosiale lag og i ulike deler av landet.

Helseforskjellene er knyttet til ulikheter i utdanning, yrke og inntekt, eller kombinasjoner av disse. Personer med lav utdanning og lav inntekt har større risiko for å utvikle helseplager enn personer med høy utdanning og høy inntekt. Risikoen for helseplager øker kontinuerlig med synkende sosioøkonomisk status. Dette er tilfelle selv når det er korrigert for de kjente risikofaktorene. Dette kan tyde på at sosiale forskjeller og sosial lagdeling i seg selv virker sykdomsfremkallende.

Genetisk arv har betydning for enkeltmenneskers helse, men har liten betydning for de systematiske variasjonene i helse. Sosiale helseforskjeller skyldes i hovedsak forskjeller i materielle, psykososiale og adferds relaterte risikofaktorer.

Å bli kronisk syk kan innebære stor økonomisk belastning, både i form av utgifter knyttet til helse og redusert inntekt. LHL mener det er behov for en offentlig utredning av økonomiske levekår hos mennesker med kronisk sykdom.

Alle må få reelle muligheter til å ta vare på egen helse

Å utjevne sosiale helseforskjeller handler både om tiltak på samfunnsnivå, på gruppenivå og knyttet til enkeltmennesker. Det handler om økonomi, om tilgang til og muligheter til å tolke informasjon, om motivasjon og om overskudd. Det handler om et sunt miljø, med frisk luft, både i nærmiljøet og på arbeidsplassen. Det handler om å gjøre det mulig for flere å ta vare på egen helse, om å kunne velge det sunne framfor det mindre sunne, om å få økt kunnskap om hva en helsefremmende livsstil er og motivasjon til å gjøre endringer – samtidig som enkeltmenneskets verdivalg må respekteres.

Det må satses langt sterkere på forebyggende helsearbeid. Det må jobbes enda mer målrettet og kunnskapsbasert med hjelp til røykeslutt, råd om bedre kosthold og tilrettelegging for fysisk aktivitet. For å endre og motivere til en

sunnere levemåte, mener LHL det må bevilges midler for at både det offentlige og frivillige organisasjoner kan gi lett tilgjengelige helsefremmende tilbud i lokalmiljøet. Det er svært viktig at ingen stenges ute fra gode tiltak på grunn av lav betalingsevne. LHL mener det må brukes prispolitiske virkemidler for å fremme god helse; det sunneste må bli det rimeligste.

LHL mener det er viktig å legge til rette for lokale initiativ til å bruke naturen til fysisk aktivitet. LHL mener det må etableres egne økonomiske støtteordninger til dette.

Den nasjonale strategien for å utjevne sosiale helseforskjeller (St. meld. 20 – 2006-2007) dokumenterte at det ikke er lik tilgang til helsetjenester i Norge. Dette gjelder både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. For eksempel viser det seg at mennesker med høy utdanning og høy inntekt har lettere tilgang til helsetjenester. For å kunne sette inn de rette tiltakene, må det bygges opp mer kunnskap både om årsaker og omfang.

Utjevne helseforskjeller – økonomiske tiltak, oppvekst, utdanning og arbeid

En presset privatøkonomi kan redusere ens muligheter til å velge de sunneste matvarene, til å delta i helsefremmende fritidsaktiviteter og til å ha overskudd til andre sosiale aktiviteter. Når store inntektsforskjeller i samfunnet fører til helseforskjeller, mener LHL at samfunnet må bidra til at forskjellene utjevnes. LHL ser en mer rettferdig fordeling som en hovedstrategi for å redusere helseulikhetene i befolkningen. Det betyr utjevning av inntektsforskjeller, bedre oppvekstvilkår, satsing på utdanning og inkluderende arbeidsliv som de viktigste målsettingene.

Mye av grunnlaget for god helse i voksen alder legges i barndommen og ungdomstiden. Det må være et mål å sikre at alle barn og unge har best mulig oppvekstvilkår med stabil familieøkonomi, tilgang til skole og utdanning, deltakelse i fritidsaktiviteter og omgivelser som fremmer god psykisk og fysisk helse.

Å være i arbeid er i seg selv bra for helsen. Et mer inkluderende arbeidsliv er helt overordnet for å få til en utjevning av helseforskjeller. LHL mener derfor det er viktig at avtalen om inkluderende arbeidsliv videreføres.

Sosial ulikhet i helse er knyttet både til arbeidstilknytning og til yrkesbakgrunn. Deler av arbeidslivet har et stressende og belastende arbeidsmiljø. LHL mener både myndighetene og arbeidsgivere må arbeide aktivt for å bedre helsebelastende arbeidsmiljøer, både gjennom lovverket og gjennom konkrete tiltak på den enkelte arbeidsplass.

LHL ser det som et grunnleggende krav til et rettferdig skattesystem at inntekter blir omfordelt fra de med høyest til de med lavest inntekt. LHL mener at skatte- og avgiftssystemet må brukes aktivt til å fremme gode helsevaner i befolkningen og bekjempe risikofaktorer for folkesykdommer som hjerte- og lungesykdom.

Et inkluderende samfunn

For å motvirke vanskelige levekår for kronisk syke og funksjonshemmede må det satses bredt. Det handler om bedre tilrettelegging for deltakelse i utdanning, arbeidsliv og et sosialt liv, stønader det er mulig å leve av og et lovverk som hindrer diskriminering. Tilgangen på økonomiske ressurser er ekstra viktig for funksjonshemmede som ønsker å leve et sunt liv, fordi tilrettelagte aktiviteter kan være ekstra ressurskrevende.

LHL vil følge med på hvordan lovgivningen mot diskriminering, universell utforming som lovfestet norm og innsatsen for å øke funksjonshemmedes yrkesaktivitet blir fulgt opp.

Pensjonsreformen

I 2011 ble det innført et nytt pensjonssystem. LHL var i sin høringsuttalelse kritisk til flere sider ved reformen. LHL mener at folketrygden først og fremst er og skal være en solidaritetsordning. Folketrygden må være slik utformet at den motvirker statusskapte helseforskjeller og helseproblemer i befolkningen. LHL er kritisk til fjerning av besteårsregelen og innføring av en ordning med delingstall, fordi disse tiltakene vil gi dårligere pensjoner for kronisk syke, funksjonshemmede og andre som ikke kan jobbe full tid gjennom hele livet.

Uførestønad og alderspensjon til uføre

LHLs utgangspunkt er at gode velferdsordninger ikke utgjør noen trussel mot folks vilje til å forsørge seg selv gjennom eget arbeid. LHL mener det er helt avgjørende at uførestønaden opprettholdes som reell kilde til livs-

opphold for mennesker i yrkesaktiv alder som på grunn av kronisk sykdom og funksjonshemning ikke kan skaffe seg inntekt ved eget arbeid.

Den konkrete utformingen må sikre en reell styrking av uførestøtaden, spesielt for unge uføre, og gjennom lovfesting sikre parallell utvikling av uførestøtad og yrkesaktives lønninger. LHL krever at dagens ordning med forkorting av uføreytelsen på grunn av sivilstand for de som har minsteytelse, må avvikles.

LHL krever at dagens ordning med behovsprøvd forsørgings-tillegg for barn videreføres og styrkes. Et godt barnetillegg for trygdemottakere som forsørger barn er viktig for å sikre barns muligheter til deltakelse i samfunnet.

LHL er uenig med uførepensjonsutvalget i at personer ved overgang fra uførepensjon til alderspensjon, skal få redusert sin inntekt. LHL mener det må tas i betraktning at uføre allerede ved overgangen fra yrkesaktivitet til uførestøtad har hatt en betydelig inntektsnedgang. Uførepensjonister har ikke som yrkesaktive mulighet til å arbeide lenger for å øke sin alderspensjon. LHL mener at uføre må skjermes mot virkningene av levealdersjusteringen. LHL vil aktivt arbeide mot ethvert forslag om å fjerne dagens skjermingstillegg på 0,25 prosentpoeng.

Lovfestet garanti for parallell utvikling i lovfestede ytelser og lønninger

I den nye alderspensjonsordningen reguleres løpende opptjening av pensjon i samsvar med årlig lønnsvekst. Med unntak av uførepensjon blir pensjoner under utbetaling nå regulert lavere enn lønnsveksten. Det betyr at pensjonen over tid stadig blir mindre verdt.

LHL mener det er urimelig å lage ordninger som vil hindre at enkelte grupper i samfunnet får del i den generelle velstandsutviklingen. LHL arbeider for en lovfestet garanti for parallell utvikling i folketrygdpensjoner og yrkesaktives lønninger, definert som årslønn for alle grupper, jf. de årlige rapportene fra Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene. LHL mener at prinsippet om parallell utvikling med yrkesaktive lønninger også må gjelde andre lovfestede ytelser, herunder sosialhjelp.

Moderate egenandeler og gode skjermingsordninger

Egenandeler knyttet til ulike helse- og omsorgstjenester og medisiner kan utgjøre et tungt økonomisk løft for noen. LHL er bekymret over at omfanget av egenandeler kan redusere bruken av nødvendige helsetjenester, påvirke helsestatus og virke sosialt skjevt.

Egenandelstak 2 har gitt storbrukerne en bedre skjerming enn tidligere, men problemet er at mange helserelaterte utgifter ikke er inkludert. LHL understreker at det er behov for å få egenbetaling på kommunale tjenester, flere medisiner og flere tannhelsetjenester inn under tak 2. Innslagspunktet i egenandelstak 1-ordningen må senkes. LHL vil arbeide for en helhetlig skjerming for mennesker med kronisk sykdom.

Egenandelene må holdes lavest mulig og ikke reguleres utover årlig prisvekst. Vi har et helsevesen i Norge som i hovedsak finansieres av det offentlige, blant annet gjennom skatt, og det er derfor viktig for oppslutningen og legitimiteten til det offentlige helsevesenet at folk opplever ikke å betale urimelige høye egenandeler.

LHL er sterkt imot fjerningen av diagnoselisten som gir noen diagnosegrupper rett til fri fysisk behandling. LHL vil arbeide aktivt for at diagnoselisten gjeninnføres i folketrygdloven.

Både hjerte-, kar- og lungesykdommer og behandlingen av disse kan medføre ekstra behov for tannhelsetjenester. Egenandeler på nødvendige tannhelsetjenester er for mange en tung økonomisk byrde som fører til et underforbruk av tjenestene. LHL mener det kunstige skillet mellom tannhelsetjenester og andre helsetjenester må oppheves. LHL mener derfor at utgifter til tannbehandling må dekkes på lik linje med andre helsetjenester.

Kapittel 4

Forebyggende og helsefremmende arbeid

LHLs mål er

Å redusere forekomsten av hjerte-, kar- og lungesykdom, og gjennom en sunnere livsstil og et helsefremmende miljø bidra til nedgang i nye sykdomstilfeller og tidlig død som følge av hjerte-, kar- og lungesykdom.

LHL arbeider for

- Økt satsing på forebyggende og helsefremmende arbeid med særlig vekt på forebygging av kroniske helseproblemer og forankring av tiltakene i folks nærmiljø.
- At barn og unge skal få gode levevaner uavhengig av sosial bakgrunn, blant annet gjennom at fysisk aktivitet, gode kostvaner og røykfrihet vektlegges i barnehager og skoler.
- At det sunneste kostholdet må bli det rimeligste.
- Et røykfritt samfunn innen 2025. Inntil det er oppnådd må det føres en restriktivt politikk for bruk og omsetning av tobakk.
- At alle skal vernes mot passiv røyking og at barns oppvekstmiljø skal være tobakksfritt.
- At alle som ønsker det må få hjelp til å bli røykfrie.
- At luftforurensning skal reduseres og godt ute- og innneklima sikres gjennom økonomiske stimulerings tiltak, utvikling av ny teknologi og strengere lovregulering og kontroll.
- Å drive forebyggende arbeid mot overdreven bruk av alkohol.

Forebyggende og helsefremmende arbeid – bred strategi, sterkere satsing

Foruten sosial ulikhet og isolasjon (jf. kap. 3 Levekår, fordeling og helse) er de viktigste risikofaktorene for hjerte-, kar- og lungesykdom røyking, inaktivitet, høyt alkoholforbruk, overvekt, høyt kolesterol og blodtrykk samt helseskadelig miljø. Forebygging av hjerte-, kar- og lungesykdom krever derfor satsing på mange områder, fra mer rettferdig fordeling av samfunnets fellesgoder og mer helsefremmende livsmiljø, til kampanjer mot tobakk og luftforurensning og mer målrettede tiltak overfor grupper og enkeltindivider. LHL mener det må satses mer på forebyggende og helsefremmende arbeid. LHL legger stor vekt på at tiltakene blir forankret i folks nærmiljø, og at det å forebygge kroniske helseproblemer gis særlig prioritet.

Fysisk aktivitet, sunt kosthold, røykfrihet og god luftkvalitet ute og inne står sentralt i LHLs helsefremmende og forebyggende arbeid. LHL skal arbeide for å forebygge overdreven bruk av alkohol. LHL er derfor glad for at folkehelseoven legger stor vekt på kommunens ansvar for det helseforebyggende arbeidet. LHL vil følge dette opp lokalt i kommunene.

For å forebygge sykdom er Helse- og omsorgsdepartementets strategi mot ikke-smittsomme-sykdommer (NCD-strategien) som ble lagt fram høsten 2013 svært viktig. LHL vil arbeide for at strategien blir fulgt opp i den faktiske politikktutviklingen.

Personer med økt risiko for hjerte-, kar og lungesykdom

LHL mener det er viktig at personer med økt risiko for eller begynnende utvikling av hjerte-, kar- eller lungesykdom får god informasjon om forebygging og, om nødvendig, motiveres til endringer i livsstil. Informasjonen må gis på en forståelig måte og om nødvendig på andre språk en norsk. LHL mener at fastlegen må spille en nøkkelrolle for å identifisere og veilede personer og familier med økt risiko for eller begynnende utvikling av sykdom, og henvise videre ved behov. Dette gjelder blant annet arvelig forhøyet kolesterol, røyking og overvekt.

Pårørende

LHL er opptatt av at pårørende ivaretas på en god måte i helse- og omsorgstjenestene. Pårørende er en viktig ressurs. Samtidig er rollen som pårørende krevende, og mange opplever at de står alene uten særlig støtte fra

det offentlige. LHL mener at ordninger som omsorgslønn og avlastning må styrkes og bli sterkere rettighetsfestet enn i dag. LHL mener det er bra at regjeringen foreslår å ta inn i helse- og omsorgstjenesteloven at kommunen skal ha tilbud om pårørendestøtte. Men LHL mener det som foreslås ikke går langt nok og i liten grad gir nye rettigheter for pårørende. LHL skal derfor aktivt arbeide for bedre støtteordninger for pårørende

Barn

LHL mener samfunnet har et særlig ansvar for å sikre barn gode levevilkår. Barn med kronisk sykdom eller funksjonshemming har særlige utfordringer knyttet til barnehage, skole og fritid. Det er derfor viktig med ordninger som sikrer barn med helseutfordringer full deltagelse på alle samfunnsområder. Barn er også pårørende. Som pårørende kan barn ha behov for ulike støttetiltak. LHL vil derfor sterkt oppfordre helsetjenestene til å ivareta barns behov som pårørende gjennom gode rutiner for dette.

Innvandrere og flyktninger

LHL mener det er viktig at helse- og omsorgstjenestene har særlig oppmerksomhet på de særskilte behov som innvandrere og flyktninger kan ha på helse- og omsorgsområdet. Dette gjelder både forebyggende helsearbeid, behandling og rehabilitering.

Folk i bevegelse

Fysisk aktivitet og bevegelse er viktig for kroppen og kroppens funksjoner og beskytter mot utvikling og forverring av hjerte-, kar- og lungesykdom. Regelmessig fysisk aktivitet og bevegelse forebygger fare for nye infarkter og hemmer forverring av kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) og astma. Fysisk aktivitet og bevegelse er viktig for å redusere overvekt og forebygge diabetes, som er vesentlige risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer.

Mange er lite fysisk aktive i dagliglivet. LHL ser det derfor som svært viktig at alle fra de er barn og unge utvikler faste vaner med daglig fysisk aktivitet. LHL støtter at alle skoleelever får minst én times fysisk aktivitet hver dag. LHL vil understreke at dette også må gjelde funksjonshemmede og kronisk syke elever, noe som krever at skolene har nødvendig kompetanse og tilstrekkelig med ressurser. LHL mener at skolen bør prioritere å bygge opp elevenes kunnskap om kropp og helse. En heving av kompetansen hos lærere, skoleledere og andre ansatte er etter LHLS mening nødvendig for å bedre kvaliteten på og bevisstheten omkring fysisk aktivitet i skolen.

LHL er opptatt av at det må gjøres mer på arbeidsplassene for å motivere og tilrettelegge for daglig fysisk aktivitet og bevegelse. Økonomisk støtte fra arbeidsgiver til å dekke ansattes treningsutgifter bør unntas fra fordelsbeskatning.

LHL ser det å stimulere til økt fysisk aktivitet og bevegelse som en viktig oppgave også i eldreomsorgen.

Myndighetene må ta ansvar for at det bygges langt flere gangveier, løyper og sykkelstier med belysning, og at disse blir strødd og vedlikeholdt. LHL forutsetter at treningssentra og svømmeanlegg forblir momsfrie.

LHL vil stimulere medlemmene til økt fysisk aktivitet og bevegelse, og lokallagene til en inkluderende holdning som får flest mulig med i LHLS trim- og turtilbud. Samtidig vil LHL utfordre idrettsbevegelsen til å bli et sterkere samlingspunkt og kompetansemiljø for alle som vil drive regelmessig fysisk aktivitet og bevegelse, og ikke bare for de konkurranseinnstilte. LHL ser høy egenbetaling som et hinder for deltakelse i organisert mosjon og idrett. Et viktig tiltak for å gjøre tilbudet om fysisk aktivitet tilgjengelig for alle, er økte tilskudd til frivillige organisasjoner som ønsker å opprette lokalbaserte aktivitetstilbud med lav terskel.

LHL mener at brukerorganisasjoner som har tilbud om fysisk aktivitet, må gis rett til å informere om dette på sykehus og at disse tilbudene ses på av helsetjenestene som et viktig supplement til deres rehabiliteringstilbud.

Gode kostvaner fra vugge til grav

Et riktig sammensatt kosthold kan redusere risikoen for å bli hjertesyk og forebygge forverring av sykdommen. For lungesyke vil et næringsrikt kosthold gi bedre beskyttelse mot infeksjoner og bidra til økt overlevelse og livskvalitet.

LHL mener det er avgjørende at sunne kostvaner legges tidlig, og ser dette som en svært viktig oppgave for barnehager og skoler. Et likeverdig og sunt mat- og drikketilbud i barnehage og skole vil ha utjevne effekt på sosiale ulikheter i helse.

Barn spiser under halvparten av den anbefalte mengden frukt og grønnsaker. LHL er kritiske til at regjeringen har fjernet ordningen med gratis frukt og grønt i skolen. Ordningen bør gjeninnføres og utvides til å gjelde hele grunnskolen. LHL mener også det må innføres et fast skolemåltid om dagen. Dette vil bidra til å fremme gode kostvaner som igjen er positivt for folkehelsen.

LHL mener myndighetene må vise langt større vilje til å bruke prispolitiske virkemidler for å fremme bedre folkehelse. Redusert moms på frukt og grønt og nøkkelhullsmerkede matvarer er et aktuelt virkemiddel. For å redusere forbruket av usunne matvarer mener vi at avgifter bør økes på mat og drikke med høyt innhold av sukker, salt og usunt fett. Det sunneste kostholdet må være det rimeligste og lett tilgjengelig.

Matmerking er et viktig tiltak for å fremme et sunt kosthold og utjevne sosiale forskjeller i befolkningens kosthold. Det må være enkelt for forbrukere å velge de

sunne produktene og å tolke informasjon om innholdet i matvarene.

I Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer i Norge (2011) gir Nasjonalt råd for ernæring en rekke kostråd som særlig tar sikte på forebygging av sykdom. LHL støtter rådene. Kommunikasjonen av kostrådene må gjenspeile at behovene kan variere mellom ulike grupper og i ulike situasjoner.

Sterkere virkemidler for røykfrihet

Antall daglige røykere mellom 16 og 74 år var i 2015 på 13 prosent. Antall daglige røykere mellom 16 og 24 år var på 4 prosent. I tillegg røyker 9 prosent av og til. Det er i aldergruppen 55-64 år det røykes mest både blant kvinner og menn. Årlig dør om lag 5000 personer i Norge av røyking. Det utgjør om lag 16 % av alle dødsfall. For menn mellom 40 og 70 år var røyking hoved- eller medvirkende årsak til 40 % av alle dødsfall og for kvinner 26 %. Menn som døde av røyking mellom 40 og 70 år tapte i gjennomsnitt 20 leveår og kvinner 14 leveår.

Norge må ha en klar målsetting om å bli et tobakksfritt samfunn, og LHL mener at det bør innføres et forbud mot innførsel og omsetning av alle tobakksprodukter innen 2025.

LHL foreslår en tobakksstrategi i to faser: Fase én med ytterligere innskjerping i tobakkskadeloven og fase to med omsetnings- og innførselsforbud for røyketobakk og sigaretter.

Som mulige tiltak i fase én foreslår LHL 20 års aldersgrense for kjøp og salg av tobakksprodukter, røykeforbud på alle steder rettet mot allmennheten, røykeforbud i arbeidstiden for ansatte i barnehage, skole og helsevesen, forbud mot røyking i rom eller på avgrensede områder hvor barn oppholder seg og økte avgifter som øremerkes røykeavvenningstiltak. Sigarettprodusentene bør pålegges nøytral innpakning for å begrense mulighetene til å øke omsetningen gjennom fristende og målrettet design.

En betydelig andel av tobakkkonsumet kommer gjennom kjøp i taxfreebutikker og privat importkvote fra utlandet. LHL mener det er nødvendig å avvikle disse ordningene for å få ned konsumet.

Foreldre, lærere og andre som er unge menneskers rollemodeller, må være seg sitt ansvar bevisst når det gjelder egen bruk av tobakk. Det er også viktig at voksne som på fritiden er ledere, trenere og lignende for barn og ungdom ikke røyker i denne tiden. Her må myndighetene hjelpe frivilligheten til aktivt holdningsarbeid.

LHL mener det vil være et viktig helsefremmende tiltak å innføre lovpålagt røykfrihet på alle arbeidsplasser i arbeidstiden. LHL mener derfor regjeringen må igangsette

en prosess med sikte på et slikt forbud. Innføres et slikt forbud må det legges godt til rette for ulike røykavvenningstiltak.

Alle LHLs arrangementer skal være tobakksfrie, både lokalt og sentralt. Inngangspartiet til LHLs lokaler skal være røykfrie.

Passiv røyking

LHL mener at alle mennesker har rett til røykfrie omgivelser. Det er antatt at 120 for tidlige dødsfall av iskemisk hjertesykdom (for lite blodførsel til selve hjertemuskelen) og 30 for tidlige dødsfall som følge av lungekreft kan knyttes til passiv røyking. Vern mot passiv røyking er både sykdomsforebyggende og viktig for dem som på grunn av blant annet hjerte- og lungesykdom ikke må utsettes for tobakksrøyk. Vern mot passiv røyking må skje både gjennom lovgivning og aktivt holdningsarbeid. Det bør reguleres strengt hvor det kan røykes, og det må tas hensyn til dem som ikke røyker også der det ikke er lovregulert røykeforbud.

Tobakkskadeloven må stille strengere krav til røykfrie omgivelser. Et minstekrav er at bygg som er offentlig tilgjengelige for alle skal være helt røykfrie, og at dette også må omfatte bygningenes inngangsparti og fellesområder ute.

LHL mener at tobakkskadeloven må endres slik at det blir forbud mot røyking på uteserveringer og holdeplasser for offentlig transport. LHL mener at unntaket i tobakkskadeloven som sier det er tillatt med røykerom på arbeidsplasser hvor virksomhetens art hindrer arbeidstaker å forlate arbeidslokalene, må fjernes.

LHL mener at overordnet regelverk må pålegge helsepersonell og alle offentlig ansatte med publikumskontakt å være røykfrie i arbeidstiden.

Om lag 100.000 barn utsettes regelmessig for passiv røyking. LHL vil spesielt understreke at barn har krav på røykfrie omgivelser. Her spiller foreldrene en svært viktig rolle. Det må gjennom kunnskapsarbeid og bevisstgjøring jobbes for at ingen barn utsettes for røyk hjemme eller andre steder der de oppholder seg. Etter tobakkskadeloven har barn rett til et røykfritt miljø. LHL mener retten for barn til ikke å bli eksponert for tobakksrøyk er så viktig at det må knyttes sanksjonsmuligheter til bestemmelsen i tobakkskadeloven.

Røykeslutt

Alle som ønsker det må få hjelp til å slutte å røyke. Her må mange parter bidra. Politikere må bevilge mer midler til røykesluttarbeid, slik at både frivillige og myndighetene kan tilby slik hjelp i en langt større målestokk enn i dag. Arbeidsgivere må ta ansvar for at de ansatte blir motivert og får hjelp til å bli tobakksfrie.

Erfaringer både nasjonalt og internasjonalt viser at leger er viktige i røykesluttarbeidet. LHL mener at alt helsepersonell i større grad må involveres i og ta ansvar for å motivere pasienter til røykeslutt. Kompetanse og metoder for å gi hjelp til røykeslutt må få større plass i utdanning av helsepersonell, ikke minst i legeutdanningen. Takstsystemene må stimulere helsepersonell til å gi bistand til pasienter som ønsker å slutte å røyke. I tillegg må hjelpemidler til røykavvenning, for eksempel nikotintygggegummi og plaster, gjøres billigere og mer tilgjengelige. Dessuten bør det vurderes om enkelte medikamenter bør kunne utskrives på blå resept.

Tilbud om røykavvenning er del av basistilbudet til frisklivssentralene. LHL mener derfor det er viktig at alle kommuner, alene eller i samarbeid med andre kommuner, etablerer frisklivssentral. Kommuner som ikke har frisklivssentral må likevel tilby røykavvenningskurs som en del av deres lovpålagte plikt til å tilby helsefremmende og forebyggende helsetjenester.

E-sigaretter

E-sigaretter har på meget kort tid blitt gjenstand for stor interesse og sterk salgsøkning i store deler av verden. Import av nikotinholdige e-sigaretter til privat forbruk er tillatt i Norge, selv om salg og import av nikotinholdige e-sigaretter for videresalg er ulovlig i henhold til forskrift om forbud mot nye tobakks- og nikotinprodukter.

LHL ser at e-sigaretter kan vær et hjelpemiddel for å slutte å røyke eller redusere bruken av vanlig røyketobakk. Det er imidlertid foreløpig begrenset kunnskap både om hvor godt det faktisk virker som røykeslutthjelp og i hvilken grad bruk av e-sigaretter medfører helseskade. LHL mener det er riktig å regulere e-sigaretter etter samme regler som for røyketobakk. LHL vil følge med på kunnskapsutviklingen om mulige skadevirkninger av e-sigaretter.

Tiltak mot snus

I aldersgruppen 16–24 år er det 20 prosent av mennene og 13 prosent av kvinnene som brukte snus daglig i 2015. Etter hvert som andelen dagligrøykere har sunket, har andelen som snuser økt. Snus inneholder mye nikotin og er sterkt avhengighetsskapende. Snusbruk gir risiko for vedvarende høyt blodtrykk, og flere studier har vist økt risiko for hjerteinfarkt ved bruk av snus. LHL mener det må forskes mer på helseskader ved bruk av snus.

Prisnivået har stor innvirkning på ungdoms etterspørsel etter tobakksvarer. LHL er bekymret over at etterspørselen etter snus blant ungdom har økt svært mye de siste årene. Snus er svakere avgiftsbelagt enn røyketobakk, og LHL mener det derfor er nødvendig å innføre høyere avgifter på snus slik at prisen kommer opp på nivå med annen tobakk.

Det bør innføres restriksjoner på hvordan snuspakkene kan utformes, for å hindre at tiltrekkelige design brukes

for å øke omsetningen. Det samme må gjelde for smakstilsetninger i snus.

Prioriter miljø og helse – reduser luftforurensningen inne og ute

LHL mener at samfunnsutviklingen må forankres i prinsippene om universell utforming. Sentralt i prinsippene om universell utforming er kravet om at utformingene omgivelsene må utføres slik at det ikke skapes miljøtoleranseproblemer.

LHL er sterkt uroet over de seneste tiårenes økning i luftveisinfeksjoner og lungesykdommer, i astma og allergi i tilknytning til luftforurensing og inneklimate. Ny forskning viser at også hjertehelsen påvirkes negativt av luftforurensing.

LHL mener at myndighetene gjør for lite, både som normsetter, som kontrollinstans og som utbygger, for å redusere luftforurensning og miljøtoleranseproblemer, inne og ute. Konkret krever LHL et lov- og regelverk som har mer oppmerksomhet på luftforurensning og som bidrar sterkere til forebygging av alle former for luftforurensning. Dette gjelder innenfor et bredt spekter, fra halm- og bråtebrenning til transport- og industriutslipp.

LHL krever at myndighetene overfor byggebransjen strengt håndhever rent-bygg-prosedyrer som kan sikre et sunt inneklimate, også i boliger. LHL mener at barn og unges lov- og forskriftsfestede rett til sunt inneklimate i barnehager og skoler må følges opp gjennom statlig tilsyn og kontroll, og at kommunenes adgang til å dispensere fra bestemmelsene må bortfalle. De som oppholder seg på helse- og omsorgsinstitusjoner må sikres den samme retten til sunt inneklimate som barn og unge har. Brudd på oppfyllelse av denne retten må sanksjoneres.

LHL mener det må lovpålegges at kommunene skal ha en miljø- og klimaplan som har tiltak mot helseskadelig inne- og uteklimate.

For å skape renere utemiljø, krever LHL at myndighetene utvikler og håndhever stadig strengere krav overfor transportsektoren. Svevestøv er helseskadelig ved langt lavere nivåer enn tidligere antatt. Miljødirektoratet, Statens vegvesen, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet anbefaler å skjerpe grensene for tillatt mengde svevestøv i lufta. LHL støtter denne anbefalingen.

Aktuelle tiltak er rushtidsavgift, piggdekkavgift, datokjøring og økte bomavgifter. Skipsfarten bør pålegges å bruke landstrøm når båter ligger i havn. Drivstofforbruket må vris i en mer miljøvennlig retning gjennom avgiftspolitikken. Det er imidlertid viktig å etablere gode skjermingsordninger for mennesker som er avhengig av å bruke bil på grunn av kronisk sykdom og funksjonshemming.

LHL ønsker strengere sanksjonsmuligheter, minst på linje med sanksjonene i arbeidsmiljøloven, ved brudd på prinsippene om universell utforming og kravene til utforming av et helsefremmende livsmiljø og renere luft inne og ute. LHL mener at myndighetene i større grad må ta i bruk økonomiske virkemidler. Det må drives langt mer forskning på sammenhengen mellom luftforurensning og helse, og satses mer på utvikling av miljøteknologi, ikke minst innen boligoppvarming og trafikk.

Det er en stor hindring for lungesyke om inneklime i utdanningsinstitusjonen er dårlig. Dårlig inneklime er også med på å gi økt sykkelighet hos andre grupper. Det er derfor helt vesentlig at utdanningsinstitusjoner har et inneklime som lungesyke kan oppholde seg i og at inneluften ikke gjør folk syke. Kravet om universell utforming må dekke både fysisk tilgjengelighet og krav til luftkvalitet, herunder fravær av luftveisirritanter. LHL arbeider for at det skal settes tidsfrister for når eksisterende skolebygg skal ha full tilgjengelighet.

Parfymefritt miljø

Mange blir syke av å bli eksponert for parfymerte produkter. Rundt 1,4 millioner nordmenn sliter med ulike former for allergi eller overfølsomhet for ulike stoffer, mange av disse reagerer på parfymeprodukter.

Tradisjonell parfyme er ”verstingen”, men også rengjøringsmidler, skyllemidler, såpe, stearinlys og leker er blant produktene som inneholder parfymestoffer. Parfyme finnes også i enkelte naturkosmetiske produkter.

LHL mener at det må innføres forbud mot bruk av parfymerte produkter i alle offentlige bygg som retter seg mot allmenheten og i alle private barnehager, skoler og helseinstitusjoner. LHL mener videre at det må presiseres at kravet til universell utforming i diskriminerings- og tilgjengelighetsloven § 9 også omfatter tiltak for å forebygge eksponering av ulike irritanter, herunder parfymerte produkter.

Det bør settes av midler til forebyggende opplysningsvirksomhet, slik at flere vil ta hensyn til at parfymerte produkter kan påføre andre helseskader.

Dyreallergi

Mange mennesker er allergiske mot dyr. LHL mener derfor det er viktig at virksomheter rettet mot allmenheten tar hensyn til dette.



Kapittel 5

Hjerte-, kar- og lungesykdom – god behandling på alle nivåer

LHLs mål er

Et helsevesen der alle – uavhengig av kjønn, alder, etnisk opprinnelse, kronisk sykdom, funksjonshemming, bosted og personlig økonomi – er sikret rask behandling av best mulig kvalitet.

LHL arbeider for

- At helsetjenesten skal ha tilstrekkelig kapasitet til å gi mennesker med hjerte-, kar- og lungesykdom de behandlingstilbud de har behov for.
- At styring, organisering og finansiering i helsetjenesten fremmer samhandling og helhetlige behandlingsskjeder, og er tilpasset behovene til mennesker med kronisk sykdom.
- At primærhelsetjenesten skal styrkes – både når det gjelder kapasitet og kvalitet.
- At prehospitale tjenester blir bygget ut med vekt på god primærhelsetjeneste, forsvarlig nødmeldetjeneste og god ambulansedekning med kompetent personell og krav til responstid.
- At akuttmottak bemannes med tilstrekkelig, spesialisert kompetanse for å sikre raskere vurdering og overføring til riktig behandling.
- At alle hjerte- og lungesyke som har behov for det, får tilbud om organtransplantasjon.
- En målrettet satsing for å behandle og bekjempe folkesykdommen kols.

Et helsevesen for alle

LHL mener at staten har ansvaret for å dekke befolkningens behov for helsetjenester. Derfor arbeider LHL for et helsevesen der det offentlige har det overordnede ansvar for planlegging, prioritering, tjenesteyting, tilsyn, organisering og finansiering. LHL vil som ideell leverandør av helsetjenester, samarbeide med det offentlige helsevesenet for å sikre best mulig helsetjenester til personer med hjerte-, kar og lungesykdom.

LHL ønsker et sterkt offentlig finansiert helsevesen som omfatter alle landets innbyggere. LHL ønsker at pasientene også skal ha frihet til bruke egne midler til å finansiere kjøp av helsetjenester.

Når mangel på tilbud har gjort det nødvendig, har LHL selv skapt tjenestetilbud hjerte- og lungesyke har behov for. LHL mener at pasienteide og pasientdrevne institusjoner er viktige supplement til det offentlige tilbudet, for å øke kapasiteten og bidra til god kvalitet. LHL stiller som krav til egne virksomheter at de skal levere tjenester av høy kvalitet og med høy brukertilfredshet.

LHL ønsker å omsette egne erfaringer i nye samarbeidsformer med det offentlige og i økt brukermedvirkning innen offentlige helseinstitusjoner. LHLs mål er både å

styrke behandlingstilbudet til hjerte-, kar- og lungesyke og å utvikle det offentlige helsevesen som et solidarisk system for alle.

Helse- og omsorgstjenestene må ta i bruk ny helse- og velferdsteknologi når dette gir pasienter, brukere og pårørende et bedre tjenestetilbud.

God informasjon og styrket opplæring

Flere undersøkelser viser at pasienter opplever mangel på informasjon i møtet med helsevesenet. Det dreier seg både om ren medisinsk informasjon knyttet til behandling og medisiner, informasjon om hva som skjer og hva man selv skal gjøre når man er utskrevet og dialog om pasientens opplevelse av egen helse/sykdom.

LHL mener at helsevesenet må ha økt oppmerksomhet på kommunikasjon mellom helsepersonell på den ene siden og pasient og pårørende på den andre. Dette må få større plass i utdanningen i alle helsefag.

Lov om spesialisthelsetjenesten slår fast at opplæring av pasienter og pårørende er en av sykehusenes fire hovedoppgaver. De fleste sykehus har nå etablert lærings- og mestringssentre (LMS), men innholdsmessig er det store variasjoner. Mange pasienter opplever ikke at de får det

opplæringstilbudet de har behov for. LHL mener opplæringsplikten må ivaretas gjennom et samarbeid mellom sykehusenes fagavdelinger og LMS. God opplæring øker den enkeltes livskvalitet og gir god samfunnsøkonomi gjennom redusert behov for sykehusinnleggelse og andre helsetjenester. LHL går inn for å styrke plikten til opplæring gjennom også å lovfeste opplæring som en individuell rettighet i pasient- og brukerrettighetsloven.

LHL krever at pasienters epikriser blir mer forståelige og letteste, og at fristene for utsendelse overholdes.

Samhandling

Mennesker med hjerte-, kar- og lungesykdommer har behov for tjenester fra flere nivåer i helsetjenesten basert på samordning og helhetstenkning ut fra individuelle behov. Tilbakemeldinger til LHL understreker at samhandlingen i dag er for dårlig – både innad i primærhelsetjenesten, i spesialisthelsetjenesten, mellom nivåene og mellom helsetjenesten og andre etater. Dette er fortsatt aktuelt, etter at samhandlingsreformen har trådt i kraft.

LHL forventer en fortsatt tett oppfølging fra nasjonale helsemyndigheters side, for å sikre at gode intensjoner i samhandlingsformen gir faktiske resultater i den enkelte kommune og for den enkelte bruker.

Primærhelsetjenesten

For mennesker med kronisk sykdom er det avgjørende at primærhelsetjenesten har god kunnskap, god tilgjengelighet og nok tid til den enkelte pasient. LHL mener at legenes takstsystem må utvikles slik at det oppfordrer primærlegen til å se hele mennesket og ikke bare sykdommen. Fastlegen bør ha tett dialog med pasienter som har risiko for hjerte-, kar- og lungesykdommer gjennom god veiledning på områder som røykeslutt og annen livsstilsendring.

LHL mener at henvisningsordningen mellom fastlege og spesialist må fungere slik at pasienter er sikret en rask og ubyråkratisk tilgang til spesialisthjelp. Dette må blant annet innebære at pasienten får tilstrekkelig informasjon om fritt sykehusvalg, ventetider m.m. Etter fastlegeforskriften skal legene informere pasienten om muligheter for fritt sykehusvalg. Det er viktig at fastlegene følger opp dette.

I dag er det et betydelig gap mellom de mange oppgaver som kommunehelsetjenesten, ikke minst fastlegene, forventes å skulle løse og det tilbudet pasientene faktisk får. LHL mener det er helt nødvendig å styrke primærhelsetjenesten både når det gjelder kvalitet og kapasitet. Kommunen er pålagt et stort ansvar for forebyggende helsearbeid. Mange kommuner har opprettet frisklivssentraler som et virkemiddel for å bidra til bedre folkehelse. LHL mener dette er en svært viktig tjeneste, men er bekymret for at kommuneøkonomien gjør at kvaliteten ikke blir god nok eller at det ikke etableres slikt tilbud

i det hele tatt. Et aktuelt virkemiddel er å lovfeste at alle kommuner skal ha tilbud om frisklivssentral.

Større vekt på forebygging må reflekteres i alt helsepersonells grunn- og etterutdanning. Det må stimuleres til mer kontakt mellom primærhelsetjenesten og lokale pasientorganisasjoner og til likemannsarbeid i organisasjonenes regi.

LHL mener at det må satses på forskning på det kommunale nivået i helsetjenesten. Stadig mer helsehjelp, rehabilitering og omsorg ligger under kommunens ansvarsområde, og det er svært viktig at også dette tjenestenivået er kunnskapsbasert og at utviklingsarbeid bygger på forskning. Forskningen må være innenfor et bredt spekter av fagfelt; medisin, samfunnsvitenskap, helseøkonomi med mer.

Spesialisthelsetjenesten

LHL mener at spesialisthelsetjenesten må fungere slik at befolkningen kan være trygg på å få god helsehjelp i forsvarlig tid ved sykdom og skade. Verken lommebok eller bosted skal ha noe å si for hvilket tilbud som gis eller kvaliteten på tilbudet. Utarbeiding av nasjonale veiledere er et viktig virkemiddel for å oppnå dette. Pasientens rett til selv å velge sykehus må respekteres. Det må gis bedre informasjon om mulighetene som ligger i ordningen med fritt sykehusvalg.

Det helsetilbudet som gis må være av god faglig kvalitet og preget av helhetlig tenkning og åpenhet for brukernes medvirkning. LHL krever at økonomiske hensyn aldri må bli toneangivende fremfor faglige vurderinger i utviklingen av spesialisthelsetjenesten.

For mennesker med kroniske sykdommer er det viktig at tverrfaglighet og helhetstenkning preger behandlingstilbudet. Dette forutsetter et sterkere samarbeid mellom spesialitetene og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Finansieringssystemene må fremme tverrfaglighet og samhandling.

LHL mener at alle avdelinger som behandler mennesker med kronisk sykdom, bør utvikle systematisk erfaringsutveksling med pasientorganisasjonene og legge forholdene til rette for organisasjonenes likemannsarbeid. LHL går inn for å lovfeste pasienters og pårørendes rett til opplæring i pasientrettighetsloven som et tillegg til og forsterking av sykehusenes allerede lovfestede opplæringsplikt overfor pasienter og pårørende.

Lange ventetider får stor oppmerksomhet i mediene. Dette kan skape usikkerhet og til dels frykt hos de som venter. LHL forventer at ventetider til enhver tid er kortest mulig og at informasjonen om ventetider er korrekt slik at pasienten har riktig informasjon. Det må jobbes kontinuerlig for å få ned ventetidene. For å sikre rask og god helsehjelp mener LHL at helseforetakene må øke

omfanget av private avtalespesialister innenfor hjerte-, kar- og lungehelse. Helsemyndighetene må ha god styring og kontroll på prioriteringene som gjøres, slik at de er i tråd med prioriteringsveilederne.

LHL er bekymret over mangelfull kompetanse og prioritering av geriatri innen spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder lungesykdom er det bekymringsfullt at det ikke utdannes nok lungeleger. LHL vil derfor arbeide for at det iverksettes tiltak for å øke antall lungeleger.

Den akuttmedisinske kjeden

Mennesker med hjerte-, kar- og lungesykdom utgjør en stor andel av dem som har behov for akuttmedisinsk bistand. LHL krever at forskriften for akuttmedisinske tjenester, herunder medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevakt og bil-, båt- og luftambulansse, må stille krav til responstider. LHL viser også til Helsetilsynet som mener at innføring av krav til responstid både kan gi helsegevinster og øke befolkningens trygghet. LHL mener det må innføres forpliktende nasjonale mål for responstid i ambulansetjenesten.

For mange hjerte- og karsyke er behandlingen gitt i akuttfasen svært avgjørende. LHL mener at ambulansetjenesten og primærhelsetjenesten over hele landet må ha tilstrekkelig kompetanse og utstyr til å utføre diagnostikk utenfor sykehus. Det må være et krav om at alt helsepersonell som har plikt til å rykke ut for å hjelpe en pasient som har fått et akutt sykdomstilfelle må ha nødvendig faglig opplæring og medisinskteknisk utstyr til å kunne stille tentative og/eller eksakte diagnoser for deretter å iverksette korrekt behandling. Det medisinsktekniske utstyret må inneha en funksjonalitet slik at helsepersonellet kan dele denne informasjonen med spesialisthelsetjenestens vakthavende fagperson i løpet av noen få minutter.

Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2007 med for-svarlighet og kvalitet ved 27 akuttmottak i somatisk spesialisthelsetjeneste avdekket mangelfull styring og ufor-svarlig pasientbehandling. LHL mener det må på plass klare retningslinjer om at akuttmottak må bemannes med tilstrekkelig, spesialisert kompetanse for å sikre raskere vurdering og overføring til riktig behandling.

LHL arbeider også for å øke befolkningens ferdigheter i hjerte-lunge-redning, blant annet gjennom opplæring i egen organisasjon. LHL mener offentlige arbeidsgivere årlig bør tilby kurs i hjerte- og lungeredning for sine ansatte.

Finansieringssystemer for spesialisthelsetjenesten

I dag finansieres sykehusene gjennom en basisbevilgning på 60 prosent og en aktivitetsbasert bevilgning på 40 prosent. LHL mener at finansieringssystemet må

utvikles slik at det tar bedre hensyn til de behov mennesker med kroniske og sammensatte sykdommer har for helhetlige behandlingsprogrammer. Det forutsetter systemer som understøtter tverrfaglighet og samhandling mellom nivåer. LHL mener at dette tilsier et finansieringssystem der sykehusene får hoveddelen av driftsbudsjettet i form av en ikke-innsattsstyrt basisbevilgning.

LHL mener at sykehusene må forbli egenandelsfrie soner ved at det ikke blir innført egenbetaling på sykehusinnleggelse og ved at egenandeler på poliklinisk behandling i sykehus holdes på et moderat nivå og omfattes av skjermingsordninger. LHL mener at parkering for pasienter og besøkende ved sykehus skal være gratis.

Transport og behandlingshjelpemidler

Siden helseforetaksreformen ble iverksatt i 2002, har flere oppgaver blitt overført til regionale helseforetak – blant andre pasienttransport og behandlingshjelpemidler, herunder medisinsk oksygen. Dette har medført økte og uakseptable geografiske forskjeller i tilbud.

LHL mener at økt koordinering og bruk av samkjøring er positivt, forutsatt at det er pasientenes behov som styrer tilretteleggingen og ikke økonomiske hensyn. I 2010 overtok Pasientreiser, som eies av de fire helseregionene, ansvaret for pasienttransporten. Deres saksbehandlings-systemer er ikke tilpasset alle brukerforutsetninger og er også til dels ganske byråkratisk. LHL vil arbeide for at Pasientreiser blir bedre tilpasset ulike brukeres behov og at pasienttransport skjer med verdighet og til egen kommune. LHL mener staten som eier av regionale helseforetak må gi tilstrekkelig med økonomiske ressurser og klare styringssignaler for å unngå at pasienttransport brukes som salderingspost i RHF-enes budsjetter.

LHL mener at alle reelle utgifter knyttet til en pasientreise må dekkes, og ikke som nå hvor mange kun får dekket utgifter etter en standard kilometersats.

Astma og allergi

Forekomst av allergisk sykdom øker. WHO forventer at 50 % av barn og 30 % av den totale befolkningen har en eller annen form for allergi innen 2030 (Scadding G. Curr Med Res Opin. 2009; Jul 6th) Forekomsten er høyest blant barn. Hver femte 10-åring i Norge har eller har hatt astma, mens mellom 25 – 30 % har pollenallergi. Mange starter “den allergisk marsj” med matallergi og atopisk eksem i småbarnsalderen. LHL mener at økt fokus på utløsende miljøfaktorer som luftforurensning og dårlig innneklima i skoler og barnehager, er viktig for forståelse, forebygging og behandling av astma og allergi.

Forekomster hos barn disponerer for allergisk rhinitt og astma senere i ungdomstiden og voksen alder. Astma i barndommen, alvorlig astma og dårlig astmakontroll gir også økt risiko for kols senere i livet.

LHL etterlyser en politisk handlingsplan for astma og allergi som bygger på Nasjonal Strategi for forebygging og behandling av astma og allergisykdommer 2008-2012.

LHL mener forebygging, tidlig og riktig diagnostisering samt behandling av allergi, atopisk eksem og astma hos barn vil bidra til å redusert forekomst av sykdommene og gi en bedre hverdag for de som er berørt. Samtidig vil det gi lavere forekomst av kols.

En handlingsplan bør inneholde mål og tiltak for å forebygge astma og allergisykdommer i befolkningen samt behandlingsstrategier og plan for pasientopplæring og skolering av helsepersonell.

Kols – den nye folkesykdommen

LHL etterlyser en ny satsing for å behandle og bekjempe folkesykdommen kols. Stadig flere utvikler kols. Man anslår at 400 000 nordmenn har sykdommen, hele 300 000 av disse uten å vite om det. Kols er en sykdom som ikke bare reduserer livskvaliteten kraftig for den som rammes. Den har også høy dødelighet. Blant pasienter som legges inn på sykehus grunnet kols, dør 25 prosent i løpet av to år, og halvparten i løpet av fem år. Tidlig diagnose er svært avgjørende for å bremse sykdomsutviklingen.

Kols har vist seg å ha en viss sammenheng med astma. Tidligere har man tenkt seg disse to tilstandene som ganske uavhengige, selv om noen personer har kombinasjon av astma og kols. Astma i barnealder synes å disponere for senere kolsutvikling. Dette er en viten som er relativt ny, og det trengs mer forskning for å få en mer differensiert viten om dette forholdet.

LHL ser en utvikling som tyder på en nedbygging av antall rehabiliteringsplasser for kols i spesialisthelsetjenesten. Nedbyggingen skjer raskere enn oppbyggingen av rehabiliteringstilbud i kommunene. Samtidig kan det synes som rehabiliteringstilbudet i kommunene i stor grad blir diagnoseuspesifikk. Dermed blir dette først og fremst et tilbud til de med lettere kols som kan klare seg med et enklere treningstilbud.

LHL mener det er nødvendig at regjeringen legger fram en ny nasjonal kolsstrategi. Strategien må blant annet inneholde konkrete tiltak for tidlig diagnostisering av kolssyke, et bedre behandlings- og rehabiliteringstilbud for kolspasienter, sterkere satsning på kols i spesialisthelsetjenesten og satsning på oppfølging og rehabilitering i kommunene.

Det er fortsatt behov for mer kunnskap om kols, blant annet om yrkesrelatert kols, og det bør derfor bevilges mer penger til forskning. Det nasjonale kolsregisteret omfatter kun spesialisthelsetjenesten. LHL mener at også kommunehelsetjenesten må omfattes av registeret.

Hjerte- og karlidelser

Til tross for at dødeligheten knyttet til hjerte- og kar-sykdommer er redusert betydelig de siste tretti årene, er det fortsatt den hyppigste dødsårsaken i Norge. Den gunstige utviklingen har kommet som en følge av blant annet mer kunnskap om og redusert inntak av farlig fett, samt bedre behandling og medisiner. Det er også færre som røyker og dette har hatt en positiv effekt. Nå står vi imidlertid overfor nye livsstilsutfordringer, med økende vekt i deler av befolkningen og store grupper som er fysisk inaktive.

Det at færre dør betyr ikke automatisk at færre lever med helsetilstander som gir dem risiko for hjerte- og karsykdom. Et svært stort antall nordmenn bruker blodtrykksenkende medisiner for å kontrollere at blodtrykket ikke medfører hjerneslag, hjerteinfarkt eller annen koronar sykdom. Det samme gjelder medisiner for å redusere kolesterolet i blodet. Det må etter vårt syn være et mål at så mange som mulig opprettholder et normalt blodtrykk og kolesterolnivå uten bruk av medikamenter. Det handler om kontroll av inntak av salt og mettet fett, regelmessig fysisk aktivitet, sunt kosthold, samt opprettholdelse av normal vekt.

Vi ser en opphopning av risikofaktorer hos enkeltpersoner som ikke i tilstrekkelig grad fanges opp. En økende andel i befolkningen har en kombinasjon av overvekt, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, inaktivitet, stress, arv, inflammatoriske sykdommer osv. som gir en spesiell risiko for koronarsykdom.

Mange lever også med svekket hjerte-karhelse som hjertesvikt og skader og funksjonsnedsettelse etter for eksempel hjerneslag. Så selv om det er en positiv utvikling med stor reduksjon i dødelighet, har et betydelig antall mennesker i Norge svekket livskvalitet som følge av dårlig hjerte-karhelse.

Hjerte-karområdet er et stort fagfelt der det forskes mye. Vi vil likevel påpeke at det er behov for mer forskning på enkelte områder, blant annet hjertesvikt. Et økende antall eldre lever med hjertesvikt og forskningen har ikke klart å komme fram til nye medisiner og nye behandlingsmetoder. Det er derfor viktig at forskningsinnsatsen fortsetter.

Kvinner og hjerte-kar-lunge-sykdom

Forekomst av lungesykdom hos kvinner vil øke i årene framover. Mange sykdommer som rammer begge kjønn gir ulik forekomst, forløp, utfall og konsekvenser for kvinner og menn. Et helsevesen som har pasienten i fokus, må tilstrebe rettferdighet mellom kjønnene når det gjelder behandling for samme type lidelse. Helsevesenet må få mer kunnskap, økt bevissthet og bedre prosedyrer for å sikre kvinners helse. LHL mener at en større andel av forskningsmidlene som går til forskning på hjerte- og karområdet skal gå til prosjekter som omhandler kvinners hjerte- og karhelse.

Folkesykdommen hjerneslag

Hvert år rammes rundt 12 000 av hjerneslag. Hjerneslag er den tredje hyppigste årsak til død og den hyppigste årsak til alvorlig funksjonshemning og langvarig institusjonsomsorg. I tillegg er hjerneslag en viktig årsak til utvikling av kognitiv svikt og demens. Selv om den akutte hjerneslagbehandlingen i Norge er god er det fortsatt pasienter som opplever unødige forsinkelser i behandlingen. LHL mener rask diagnostisering og behandling er avgjørende for utfallet og forsinkelser vil kunne påføre unødige lidelser for den slagrammede. Økt tetthet av CT-skannere i kombinasjon med telemedisin, implementering av CT-skannere i prehospitaletjeneste og en mer strømlinjeformet organisering av akuttkjeden vil bidra til at flere kan få behandling med trombolyse og trombektomi (blodproppfisking). For å få til disse tiltakene må forskningen på hjerneslagmedisin styrkes, noe som til nå har vært et forsømt område.

Ingen kan forsikre seg mot å få hjerneslag, men alle kan redusere sjansene for å bli rammet. Rundt 80 prosent av risikofaktorene for hjerneslag er assosiert med risikofaktorer det er mulig å påvirke blant annet gjennom sunn livsstil og behandling.

Atrieflimmer er en betydelig risikofaktor for hjerneslag, og fører i mange tilfeller til store og invalidiserende hjerneslag. Mange med atrieflimmer gjenkjenner ikke symptomer på det og er derfor ikke klar over at de har det. Om atrieflimmer oppdages kan hjerneslag effektivt forebygges med blodfortynnende medisin. Det bør derfor etableres en nasjonal screening for atrieflimmer hos personer over 65 år.

Kommunene får stadig større ansvar for rehabilitering og oppfølging av slagrammede og det er i dag store forskjeller i omfang og kvalitet på tilbudet mellom de ulike kommuner. Mange kommuner har begrenset, eller ikke tilgang, til nødvendig fagkompetanse som inngår i moderne slagrehabilitering, deriblant for kognitive vansker, afasi og synsvansker. Mange kommuner mangler dedikerte rehabiliteringsenheter i institusjon og hjemmerehabilitering som ivaretar de slagrammedes behov. Det er også ulikheter i tilbudet fra spesialisthelsetjenesten. Noen sykehus har tilgang til egen rehabiliteringsavdeling for pasienter med spesielle behov, dette mangler mange steder. Også i sykehusene er det mange steder mangel på kompetanse innen kognitive vansker, afasi og synsvansker. Dette gjelder i akutfasen, men også i oppfølgingsfasen hvor mange slagrammede kjenner på mangler i tilbud og oppfølging. LHL mener at forskjellene i rehabiliterings- og oppfølgingstilbud i spesialisthelsetjenesten og mellom kommunene må bygges ned, og vi forventer at det planlagte pakkeforløpet for hjerneslag vil bidra til dette.

For mange slagrammede er de usynlige vel så krevende som de synlige utfallene etter hjerneslag. Mange sliter

med angst og depresjon. Andre opplever unormal tretthet/utmattelse (fatigue). Dette er områder som må få mer oppmerksomhet i oppfølgingen av slagrammede, ikke minst når fastlegen overtar ansvaret for videre oppfølging og sekundærforebygging.

LHL mener det er behov for å gi bedre hjelp til slagrammede som fortsatt vil og kan bidra i arbeidslivet, slik at de kan komme seg tilbake i arbeid. Mange møter stengte dører både i helsevesenet, hos NAV og i arbeidslivet. En av de stengte dørene er manglende forståelse for, og dermed liten interesse for å tilrettelegge arbeidet for den slagrammede når han eller hun ikke kan bidra hundre prosent eller på akkurat samme måte som før. Fastlege, NAV, partene i arbeidslivet og den slagrammede selv trenger også økt kunnskap om usynlige utfall etter hjerne-slag. Slik kunnskap kan være helt avgjørende for å finne frem til riktige oppgaver og grad av arbeidsbelastning, så det kan bli mulig å delta i arbeidslivet lengre.

Pårørende kan være av uvurderlig og avgjørende betydning for mange slagrammede, samtidig som også de møter utfordringer når en av deres nærmeste har hatt slag. Det er viktig at de pårørende, ikke minst barn og unge, forberedes på den nye hverdagen. Ansvar for dette bør ligge hos kommunehelsetjenesten og samordnes av fastlegene.

LHL mener situasjonen for de pårørende må gjennomgås og følges opp med konkrete tiltak. Eksempler på tiltak er mer informasjon, bedre opplæring og oppfølging, styrke retten til omsorgslønn som følge av store ulikheter mellom kommunene og bedre permisjonsordninger for at færre skal bli sykemeldt som følge av overbelastning.

Transplantasjon og organmangel – ressurser, informasjon og opplæring

LHL arbeider for at alle hjerte- og lungesyke som antas å ha behov for transplantasjon skal tilbys medisinsk utredning, og at alle som fyller kriteriene skal få tilbud om transplantasjon.

Mangel på organer til transplantasjon er et problem globalt, men også i Norge, selv om det har vært en jevn økning i antall gjennomførte organtransplantasjoner. Norge ligger noe over middels i Europa sett i forhold til folketallet når det gjelder transplantasjoner og donasjoner.

Ved inngangen til 2016 sto 420 pasienter på venteliste for transplantasjon. For å få ned ventelistene må tilgangen på organer bedres ytterligere. Opplæring og koordinering av helsepersonell ved landets 28 donorsykehus må prioriteres. Fastlegene må ta opp organdonasjon med sine pasienter. LHL oppfordrer alle mennesker til å tenke gjennom om de vil donere sine organer og informere sine pårørende om det standpunktet de kommer til. Alle innbyggere har fått egen kjernejournal. Alle må få spørsmål om de ønsker å være donor, og det må tas inn i kjernejournalen. Én donor kan redde flere liv.

LHL krever også økt forskning på stamceller og bruk av kunstige hjerter, og vil, under forutsetning av gode strategier for risikokontroll, akseptere klinisk forskning på såkalt xenotransplantasjon.

Medisinsk bruk av bioteknologi

Medisinsk bruk av bioteknologi må baseres på de verdier og normer som må ligge til grunn for all medisinsk virksomhet – respekt for og vern om menneskeverdet og menneskelivet, og ivaretagelse av den enkeltes integritet og råderett. Det er viktig at den bioteknologiske utviklingen styrker og ikke svekker menneskelig mangfold og variasjon. Bioteknologisk forskning må være underlagt offentlig kontroll. LHL understreker at bioteknologisk kunnskap og metoder ikke må brukes slik at det fører til diskriminering eller sortering på bakgrunn av arveanlegg. På dette grunnlaget mener LHL at samfunnet må strekke seg langt og aktivt ta i bruk de nye muligheter for diagnostikk og behandling som den biomedisinske utviklingen gir. LHL støtter et totalforbud mot bruk av personers genetiske opplysninger utenfor helsetjenesten.

Tuberkulose – fortsatt i Norge

Det er lite kunnskap om tuberkulose i Norge i dag. Mange vet ikke hvilke symptomer tuberkulose gir, hvordan tuberkulose smitter, eller at tuberkulose kan helbredes. Mangelen på kunnskap om disse tingene fører til frykt, og gjør at mange syke ikke får diagnosen før sykdommen er langt utviklet. Dette kan ha en rekke uheldige konsekvenser: lengre perioder med smitteførende pasienter, unødige helsemessige og sosiale belastninger for pasienter, frykt og stigma og unødig ressursbruk i helsevesenet

Årlig oppdages mellom 3 og 400 nye tilfeller av tuberkulose i Norge. Helsemyndighetene må sikre god informasjon slik at personer i risiko for å være tuberkulosesmittet tester seg. Helsetjenesten i hele landet må ha god og tett oppfølging av tuberkulosesyke.

Legemidler og apotek

LHL ser legemiddelpolitikk som en viktig del av den samlede helsepolitikken. LHL krever at pasienter skal ha lik tilgang til nødvendige legemidler, uavhengig av egen økonomi og bosted. Dokumentasjonen av hva som er god legemiddelbruk er utilstrekkelig; LHL mener derfor at forskning på riktig legemiddelbruk må styrkes.

For å sikre lik tilgang på legemidler uavhengig av økonomi, må pasienter med alvorlige sykdommer fortsatt få medisiner på blå resept. Blåreseptordningen må være fleksibel og dynamisk.

LHL mener merverdiavgift på reseptpliktige legemidler bør fjernes.

I forbindelse med såkalt generisk bytte (overgang til synonympreparater) er det svært viktig at legen sikrer

seg at pasienten er godt informert om byttet og tar medisinen som foreskrevet. Mange, særlig eldre pasienter, blir forvirret av å gå over til en medisin med annet navn, annen farge og/eller annen dosering og tar feil dose eller fortsetter å ta gammel medisin sammen med den nye. Legen må aktivt bruke den individuelle vurderingen for reservasjon mot bruk av kopipreparater også i de tilfellene der bytte kan medføre stor fare for feil bruk av medisiner.

Det er svært viktig at pasienter som bruker en eller flere medisiner er godt informert om hvordan preparatet skal brukes, mulige bivirkninger med mer. LHL er skeptiske til at pakningsvedlegget er tilstrekkelig til å formidle slik informasjon. Legemiddelindustrien er pålagt strenge restriksjoner i hvordan de kan formidle informasjon om det enkelte preparat, og vi mener det er nødvendig med en gjennomgang av regelverket og praktisering av dette.

LHL mener apotekene må få et større ansvar for å informere pasienten om legemidler. Dette kan for eksempel gjøres ved at apotekene har plikt til å tilby individuelle samtaler om legemidlene pasienten bruker.

LHL mener at leger må veilede og støtte pasienter i utprøving av alternativer til legemidler når dette er mulig, f.eks. gjennom kostholdsending, fysisk aktivitet osv. Dessuten må leger og apotek gi pasienter opplæring i riktig medisinbruk og nødvendig støtte ved utprøving av legemidler.

Kapittel 6

Rehabilitering og funksjonsfremmende arbeid

LHLs mål er

At rehabilitering blir tilgjengelig for alle mennesker med hjerte-, kar- og lungesykdommer som har behov for det.

LHL arbeider for

- Realisering av retten til rehabilitering.
- En forpliktende nasjonal handlings- og opptrappingsplan for rehabiliteringsfeltet.
- Styrking av samhandling og koordinering med og rundt den enkelte bruker, blant annet gjennom økt satsing på individuell plan.
- En kartlegging av alle brukergruppers behov for spesialisert rehabilitering.
- En gjennomgang av politikken og virkemidlene i arbeidsrettet rehabilitering.
- Faglig, økonomisk og juridisk tilrettelegging for et skjerpet krav til kommunene om å ta hovedansvaret for rehabiliteringsarbeidet.
- Faglig og økonomisk tilrettelegging, samt klare krav om kvalitet, for utvikling av opptreningsinstitusjonene til moderne rehabiliteringssentre.
- Styrking av utdanning av helsepersonell i rehabilitering.
- At funksjonshemmedes organisasjoner trekkes med i utvikling og drift av offentlige og private rehabiliteringstilbud, og at funksjonshemmedes organisasjoners likemannsbaserte rehabiliteringsarbeid stimuleres og støttes.

Rehabilitering for hjerte-, kar og lungesyke

LHL mener at alle hjerte-, kar- og lungesyke med behov må få tilbud om rehabilitering. Rehabilitering er i dag en rettighet etter loven, men likevel opplever mange at de ikke får rehabilitering etter behov. LHL krever en innskjerping av etterlevelsen av lovbestemmelsene om rehabilitering.

Hjerte-, kar- og lungesykdom fører ofte til behov for livsstilsendring, noe som for de fleste krever støtte i et rehabiliteringsopplegg for å lykkes. Den sterkt økte risikoen for ny sykdom eller forverring av sykdommen kan reduseres gjennom rehabilitering. Ved kronisk hjerte-, kar- og lungesykdom er rehabilitering avgjørende for å kunne oppnå livskvalitet og et meningsfullt liv. Slagpasienter er en gruppe som har stort behov for spesialisert rehabilitering for å begrense senskader av sykdommen, trene opp tapte funksjoner og hjelpe pasienten til å mestre eventuelle funksjonsnedsettelse.

Rehabiliteringstilbudet til hjerte-, kar- og lungesyke er i dag for dårlig utbygd, og det er store geografiske forskjeller både når det gjelder kapasitet og kvalitet.

Dessuten er kunnskapen om rehabilitering og det tilbudet som faktisk finnes mangelfull både blant fastlegene og ved sykehusene. For at hjerte-, kar- og lungesyke skal få tilbud om rehabilitering, trengs det følgelig både en massiv utbygging av tilbudet og omfattende informasjonsvirksomhet.

LHL vil fremheve det store behovet for rehabilitering som hjerte- og lungetransplanterte og deres pårørende har. Transplantasjoner medfører bruk av medisiner med bivirkninger som ofte kan gi plager og lidelser og nye alvorlige sykdommer. LHL ser det som viktig at fastleger og annet helsepersonell får opplæring i oppfølging av og kommunikasjon med transplanterte.

Rehabilitering – den neste store helsereformen

Rehabiliteringstilbudet er ikke godt nok, verken det kommunale eller det spesialiserte. Det er blant annet dokumentert av Riksrevisjonen. Mange opplever å vente lenge, andre får ikke tilbud i det hele tatt. Andre igjen får et tilbud som ikke er tilpasset deres behov.

I statsbudsjettet for 2017 er det satt av midler til opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering i kommunene for perioden 2017 – 2019. LHL mener det er satt av for lite penger og er også sterkt kritisk til at finansieringen av opptrappingsplanen skjer ved å innføre egenandel på fysikalsk behandling for blant annet lungesyke.

LHL mener det ikke er tilstrekkelig med en opptrappingsplan, men at det er nødvendig med en stor helsereform på rehabiliteringsområdet. Helsereformen må omfatte både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

LHL mener at helsereformen må omfatte alle grupper av kronisk syke og funksjonshemmede og hele rehabiliteringsfeltet. LHL ser det som svært viktig at helsereformen bidrar til å dekke behovet for rehabilitering og stimulerer til samhandling og styrker kjeden i rehabilitering. Helsereformen må følges opp med konkrete handlings- og opptrappingsplaner både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

I arbeidet med helsereformen mener LHL at alle diagnosegrupper må få kartlagt sitt behov for spesialisert rehabilitering. En slik kartlegging må få konsekvenser for dimensjoneringen av tilbudet.

Kommunenes rehabiliteringsarbeid

LHL har erfart at rehabilitering er et felt som er sårbart for svingninger i kommunenes økonomi, og for tilgangen på fagpersoner. Det må legges bedre til rette for kommunene både faglig og økonomisk, ikke minst gjennom større grad av øremerkede ressurser. Samtidig må staten skjerpe kravet til kommunene om virkelig å ta det hovedansvaret de er pålagt i rehabiliteringsarbeidet. Ikke minst må tiltak som er innført for å styrke rehabiliteringstjenesten, som individuell plan og koordinerende enheter, følges opp i langt større grad.

Kommunale frisklivssentraler bør inngå som en sentral del av det kommunale rehabiliteringsarbeidet. Dette er særlig viktig for personer der rehabiliteringen handler om livsstilsendring.

Statlige helsemyndigheter må kreve årlig rapportering fra kommunene om innsatsen på rehabiliteringsfeltet.

LHL mener det må lovfestes at alle kommuner skal ha frisklivssentral. I dag er frisklivssentral kun et tiltak kommunene kan etablere for å gjennomføre lovpålagte oppgaver. LHL erfarer at mange kommuner derfor ikke har etablert frisklivssentral. LHL mener frisklivssentralene er en så viktig ordning for å sikre gode helse- og omsorgstilbud til innbyggerne i kommunen, at det ikke kan være opp til den enkelte kommune om de vil ha frisklivssentral eller ikke.

LHL mener at det i mange kommuner er for dårlig tilgang på fysioterapi. Hovedårsaken til dette er at kommunen ikke har inngått tilstrekkelig avtaler med private fysiotera-

peuter. Konsekvensen er at mange må vente lenge før de kommer til fysioterapeut som har trygderefusjon. LHL mener derfor det må innføres rettslig forpliktende minste krav på fysioterapeutdekning målt etter innbyggertall i kommunen.

Utvikling av moderne rehabiliteringssentre

LHL krever at det faglig og økonomisk legges til rette for å fortsette en utvikling av opptreningsinstitusjoner til moderne rehabiliteringssentre. LHL mener en slik utviklingsprosess er helt avgjørende for å høyne kvaliteten på institusjonsbasert rehabilitering i Norge. Sentrale momenter i utviklingsarbeidet er bl.a. å utvikle individtilpassede og gruppebaserte tilbud, å sikre at rehabiliteringstilbudet blir helhetlig, å styrke tverrfagligheten og den faglige forankringen og å sikre oppfølging og samhandling med andre i rehabiliteringskjeden. Myn-dighetene må på sin side stille kvalitetskrav til rehabiliteringsleverandørene slik at brukeren får tilbud som er faglig og kvalitativt godt for sitt behov.

For di mestring er et sentralt perspektiv i rehabilitering, krever LHL at lærings- og mestringssentrene inngår i kjeden. LHL vil understreke betydningen av at opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner eid og drevet av frivillige organisasjoner sikres gode rammevilkår gjennom langsiktige avtaler med det offentlige. Bare ved å ha forutsigbare og langsiktige rammevilkår, kan institusjonene ha mulighet til å bygge opp gode fagmiljøer og et helhetlig og stabilt tilbud.

Arbeidsrettet rehabilitering

Mennesker med kroniske sykdommer eller som har opplevd alvorlig sykdom må gis tilbud om arbeidsrettet rehabilitering hvis helsetilstanden gjør det mulig. Dette er et viktig tiltak for å hindre at mennesker med kronisk sykdom blir arbeidsuføre. Det er behov for en gjennomgang av politikken og virkemidlene i arbeidsrettet rehabilitering.

Utdanning av helsepersonell i rehabilitering

LHL mener at store grupper av helsepersonell har for lite utdanning i rehabilitering og de tverrfaglige tenke- og arbeidsmåtene rehabilitering ofte krever. LHL krever at rehabilitering kommer inn som et sentralt tema i all grunn-, etter- og videreutdanning av helsepersonell, og at mennesker med kronisk sykdom og funksjonshemming og deres organisasjoner trekkes aktivt med i opplæringen.

Ideelle organisasjoners rehabiliteringsarbeid

LHL mener at funksjonshemmedes organisasjoner i kraft av sin brukerkompetanse må spille en aktiv og sentral rolle på rehabiliteringsfeltet. Organisasjonenes arbeid strekker seg fra det lokale frivillige likepersonstilbudet som en oppfølging av rehabilitering til profesjonell drift av institusjoner.

LHL krever økt statlig støtte til funksjonshemmedes organisasjoners likemannsarbeid. Denne innsatsen er et vesentlig bidrag til å vedlikeholde effekten av andre rehabiliteringstiltak og dekker behov for informasjon, opplæring, støtte og inspirasjon som vanskelig kan dekkes av andre. LHL krever at offentlige myndigheter, lokalt så vel som nasjonalt, styrker de økonomiske betingelsene for brukerorganisasjonenes innsats på dette området.

Institusjoner drevet av ideelle organisasjoner utgjør en betydelig andel av det institusjonsbaserte rehabiliterings-tilbudet. Som pasientorganisasjon har LHL gode forutsetninger for å drive institusjonsbasert rehabilitering med brukeres behov i sentrum. LHL mener det er viktig at det inngås langsiktige og forutsigbare avtaler mellom opptreningsinstitusjonene og helseregionene. Videre er det viktig at man ikke opererer med et anbudssystem som har pris som det dominerende anbudskriterie og nedprioriterer kvalitet.





Kapittel 7

Brukertilpasset tjenestetilbud

LHLs mål er

At mennesker med kronisk sykdom og deres familier må få den hjelp de trenger, og som bidrar til å leve et selvstendig og sosialt dagligliv. Alle skal ha en bolig tilpasset sin situasjon.

LHL arbeider for

- At det offentlige skal sikre at mennesker med kronisk sykdom får de tjenester de har behov for gjennom etterlevelse av kvalitetsforskriften og brukernes medvirkningsrett, og at det rekrutteres og utdannes tilstrekkelig kvalifisert personell.
- At tilbudet om tilrettelagt transport for forflytningshemmede blir det samme over hele landet, og at offentlige transportmidler blir tilgjengelige og tilrettede for kronisk syke og funksjonshemmede.
- At alle skal få mulighet til å velge hvor de vil bo, og om de vil bo i sitt eget hjem med hjelp fra hjemmetjenestene eller i boliger og boformer med tilknyttet service, og at utbyggingen av omsorgsboliger fortsetter til deknningen er blitt tilfredsstillende i alle deler av landet.
- At boliger og utemiljø må bli tilrettelagt slik at man kan bo der gjennom hele livet, og at det samtidig utvikles større tilbud av alternative boformer.
- At det bygges ut tilstrekkelig med sykehjemsplasser, at lege- og sykepleierdekningen styrkes og at beboerne får rett til fritt sykehjemvalg.
- At tilbudet om lindrende behandling og pleie til uhelbredelig syke og døende styrkes.
- At pårørendes omsorgsinnsats skal bli møtt med større anerkjennelse, og at omsorgslønn må bli til en pliktmessig ytelse.
- At lovfesting av universell utforming som norm blir fulgt opp med klare tidsfrister.
- At dårlig inneklima blir anerkjent som brudd på kravet om universell utforming og at krav til sunt innemiljø blir en del av kunnskapskravene til arkitekter, byggebransje og byggherrer.
- At alle med behov for tilrettelagt bolig må få økonomisk støtte til tilretteleggingen, at bostøtteordningene må styrkes og at Husbanken fortsatt må ha en boligpolitisk funksjon

Selvstendig og sosialt dagligliv

Hjerte-, kar- og lungesykdom kan som andre kroniske sykdommer begrense menneskers dagligliv. Uten aktive og gode mottiltak kan livsmulighetene bli innskrenket. Et selvstendig og sosialt dagligliv kan bli forvandlet til uønsket avhengighet og isolasjon.

LHL mener at det offentlige har et overordnet ansvar, gjennom lovgivning, organisering og finansiering, for å sikre at mennesker med kronisk sykdom og funksjonshemming får det tjenestetilbudet de trenger for å kunne leve et mest mulig selvstendig og sosialt dagligliv.

LHL mener at så vel staten som kommunene må sikre at alle som trenger det får et fullverdig og likeverdig tilbud, uavhengig av alder, kjønn, bosted og inntekt, og at tjenestene tilbys på brukernes premisser. LHLs krav til de sosiale tjenestene er at hver bruker blir møtt som et

unikkt menneske som lever bare denne ene gangen, at tjenestene blir tilrettelagt ut fra og tilpasset den enkelte brukers behov og ønsker. LHL ser brukermedvirkning som en menneskerett og som en forutsetning for å skape gode tjenester.

Transport for alle

Hjerte-, kar- og lungesyke opplever, som andre med kronisk sykdom og funksjonshemming, ulike barrierer når det gjelder transport. Noen mister på grunn av alvorlig sykdom førerkortet enten midlertidig eller permanent. Samtidig hindrer dårlig tilrettelegging og dårlig innemiljø mange fra å benytte offentlige transportmidler. Godt utbygd, tilgjengelige og universelt utformede transportordninger er en forutsetning for at mennesker med kronisk sykdom og funksjonshemming skal kunne delta i samfunnet. LHL krever at forflytningshemmedes rett til transport blir lovfestet. LHL krever også tilgjenge-

lighet for kronisk syke og funksjonshemmede til offentlige transportmidler og forventer aktiv bruk av konsesjonsvilkår og krav til transportørene for å oppnå dette.

Uansett hvor godt tilrettelagt offentlig transport blir, vil det være mennesker som ikke har mulighet til å benytte seg av denne. For dem er det viktig å ha et tilbud som dekker transport til arbeid, skole og fritid. LHL krever at ordningen med tilrettelagt transport for forflytningshemmede (TT-ordningen) blir lik over hele landet. LHL aksepterer ikke innstramminger i folketrygdens bilstønadordning som kom i 2015. LHL vil arbeide for at også andre enn de som er i arbeid eller utdanning kan få støtte til kjøp av personbil, slik det var tidligere. Videre krever LHL skjermingstiltak for personer som på grunn av funksjonshemning og kronisk sykdom ikke kan bruke offentlig transport og som på grunn av dette har utgifter til bruk av egen bil. LHL mener det kan være hensiktsmessig å samle dagens transportordning for funksjonshemmede i en egen statlig ordning. Det vil kunne bidra til større likhet i tilbudet uavhengig av hvor brukeren bor.

For mange bevegelsehemmede er parkeringstillatelse for funksjonshemmede en viktig ordning. I dag praktiseres ordningen ulikt i kommunene. LHL mener det må gjøres endringer i regelverket som sikrer mest mulig lik praktisering. Det må også i større grad enn i dag innvilges parkeringstillatelse for forflytningshemmede til de som trenger det for å fungere bedre i dagliglivet og for å unngå å bli sosialt isolert.

Bolig for alle

Å ha kroniske sykdommer kan medføre utfordringer knyttet til bolig. Unge med hjerte- og lungesykdom kan ha vanskelig for å komme inn på boligmarkedet. For mange av dem som får en hjerte- eller lungesykdom i voksen alder, kan det by på utfordringer å få gjort nødvendige utbedringer eller skaffet seg annen egnet bolig.

LHL mener at myndighetene må stimulere til at prinsippene om universell utforming legges til grunn ved bygging av nye boliger. Dette bør skje bl.a. gjennom økonomiske støtte- og stimuleringsordninger som er øremerket boliger hvor det satses på tilgjengelighet gjennom universell utforming. LHL mener at Husbankens nåværende låneordninger ikke er tilstrekkelige. For å stimulere til universell utforming må Husbanken i større grad ha tilskuddsordninger.

LHL mener at ekstrakostnader med å tilrettelegge bolig ikke bør overlates til den enkelte. Kronisk syke og funksjonshemmede er ofte belastet med store ekstrakostnader på grunn av sin sykdom og/eller funksjonshemning, samtidig som undersøkelser viser at mennesker med funksjonshemning har lavere inntekt enn andre. LHL mener at alle med en boligrelevant funksjonsnedsettelse må få økonomisk støtte til utforming av en tilrettelagt bolig.

Dette må også gjelde dem som har behov for tilrettelegging for å oppnå bedre inneklima.

LHL mener det bør tilrettelegges i kommunene for boområder som er spesielt tilpasset kronisk syke, funksjonshemmede og eldre. Slike boområder skal ha omsorgsboliger, universelt utformet uteområde og integrert tilgang til helse- og omsorgstjenester.

Boliger med livsløpsstandard

Antallet eldre og mennesker med kronisk sykdom og funksjonshemning vil øke i årene som kommer. Dette krever flere boliger med livsløpsstandard, godt inneklima og andre egenskaper som gjør det mulig å greie seg tross redusert funksjonsevne. En stadig større vektlegging på hjemmebasert omsorg vil stille ytterligere krav til utforming og tilrettelegging av boliger og nærmiljø. Målet må være at boliger og utemiljø er tilrettelagt slik at man kan bo der gjennom hele livsløpet. Viktige virkemidler i en overordnet og tilrettelagt boligpolitikk er reguleringer, økonomiske tiltak, informasjon, kunnskap og kompetanse.

Bedret finansiering og bostøtteordninger

Husbankens regler må endres slik at støtte til tilrettelegging alltid gis som tilskudd – og ikke som lån. Myndighetene må bruke Husbanken aktivt i arbeidet for å utvikle boliger og bomiljø som er velegnet for funksjonshemmede. Husbankens utlånsordninger og subsidieprofil er viktig for at funksjonshemmede med lave inntekter skal kunne skaffe seg egnet bolig. Det er viktig at finansierings- og bostøtteordningene er slik at bokostnadene holdes på et akseptabelt nivå. Etter uførereformen i 2015 er det færre som får bostøtte eller som får lavere bostøtte selv om uføretrygd etter skatt ikke er økt. LHL mener at bostøtten allerede før uførereformen var for dårlig, og at bostøtteordningen må styrkes kraftig.

LHL mener at Husbanken fortsatt skal ha en boligpolitisk funksjon. Husbanken må være et sentralt virkemiddel for gjennomføring av myndighetenes målsetninger, bl.a. når det gjelder bygging av nye boliger. LHL mener det er nødvendig å styrke regelverket for tildeling av tilskudd og lån. For stor grad av kommunalt skjønn har ført til store geografiske forskjeller som først og fremst rammer brukerne.

Boligmarkedet kan være spesielt vanskelig for unge mennesker med kronisk sykdom eller funksjonshemning. LHL mener derfor at det bør innføres gode ordninger i Husbanken som sikrer mulighetene for å etablere seg i egen bolig.

Fleksible boformer, flere omsorgsboliger og tilstrekkelig med nye sykehjemsplasser

LHL ser fleksible offentlige tjeneste- og botilbud som avgjørende for enkeltmenneskets trygghet og sosiale tilhørighet. For mange endres behovet over tid. Fra å være bruker av hjemmetjenester i eget hjem, kan man

senere skifte boform, for mot slutten av livet flytte til et sykehjem. I dag kan ikke den enkelte fritt velge hvor tjenestene skal gis. LHL mener alle må få mulighet til å velge hvor de vil bo, og om de vil bo i sitt eget hjem med hjelp fra helse- og omsorgstjenestene eller i boliger og boformer med tilknyttet service. LHL ser det som viktig at det utvikles et større spekter av alternative boformer som kan gi den trygghet som ligger i å høre til et bofellesskap, samtidig som boformene legger til rette for og fremmer den grad av selvstendighet som beboerne er vant til og ønsker.

Samtidig som LHL krever at utbyggingen av omsorgsboliger må fortsette til dekningen er blitt tilfredsstillende i alle deler av landet, ser LHL med bekymring på mangelen på sykehjemsplasser. LHL vil følge oppfølgingen av Nasjonal helse- og omsorgsplan med vekt på om det i perioden bygges tilstrekkelig antall plasser med heldøgns omsorgstjeneste, enten det er i sykehjem eller i omsorgsbolig. LHL mener samtidig det er grunnleggende å sikre at kommunene får tilført tilstrekkelige midler til å drifte tjenestetilbudet.

Mange sykehjemsboere får i dag på langt nær den medisinske oppfølgingen de har behov for. LHL krever at både lege- og sykepleierdekningen ved sykehjemmene bedres. En styrking av den medisinske kompetansen i sykehjemmene vil gi den enkelte beboer et bedre og mer stabilt tilbud og forebygge akuttinnleggelser i sykehus. LHL mener det er en stor utfordring å gjøre sykehjemmene til faglig attraktive arbeidsplasser som rekrutterer tilstrekkelig med kvalifisert personell. Mer samhandling og kompetanseutveksling mellom primærhelsetjenesten og sykehusene er en viktig faktor både for å gjøre sykehjemmene mer attraktive som arbeidsplasser og for å styrke tjenestetilbudet.

LHL krever at det innføres fritt sykehjemsvalg. Mobiliteten i dagens samfunn fører ofte til at sykehjemsbeboernes barn bor helt andre steder i landet, og eldre kan oppleve å få avslag på sykehjemsplass i nærheten av barna. Sykehjemsbeboere kan oppleve å miste den friheten alle mennesker har til å flytte over kommunegrenser.

LHL støtter arbeidet for å utvikle en kultur ved sykehjemmene som involverer beboerne, pårørende og frivillige enkeltpersoner og organisasjoner. For beboere og pårørende handler det om at retten til medvirkning er en menneskerett. For sykehjemmene handler det om å skape mulighetskulturer som tilbyr beboerne et meningsfylt og aktivt livsinnhold.

LHLs krav til pleie- og omsorgstjenestene

LHL mener at pleie- og omsorgstjenestene må organiseres slik at de fremmer personlige relasjoner og kontinuitet mellom bruker og hjelper. LHL mener man må bort fra stoppeklokkeomsorgen. LHL ser dette som en forutsetning for at tjenestene skal kunne bidra til målet om et mest

mulig selvstendig og sosialt dagligliv. Rehabilitering og forebygging må være del av et helhetlig og tverrfaglig tjenestetilbud.

LHL mener at alle brukere bør få en primærhjelper og et begrenset antall hjelpere å forholde seg til. LHL er skeptisk til konkurranseutsetting av pleie- og omsorgstjenester, fordi konkurransen lett kan føre til at menneskelig kontakt og mellommenneskelige relasjoner blir nedprioritert. Økt valgfrihet i form av et større mangfold av tjenestetilbydere gir slik LHL ser det ingen garantier om tilstrekkelig hjelp og økt medbestemmelse for den enkelte bruker. LHL mener det må utvikles forpliktende kvalitetsstandarder for tjenestene.

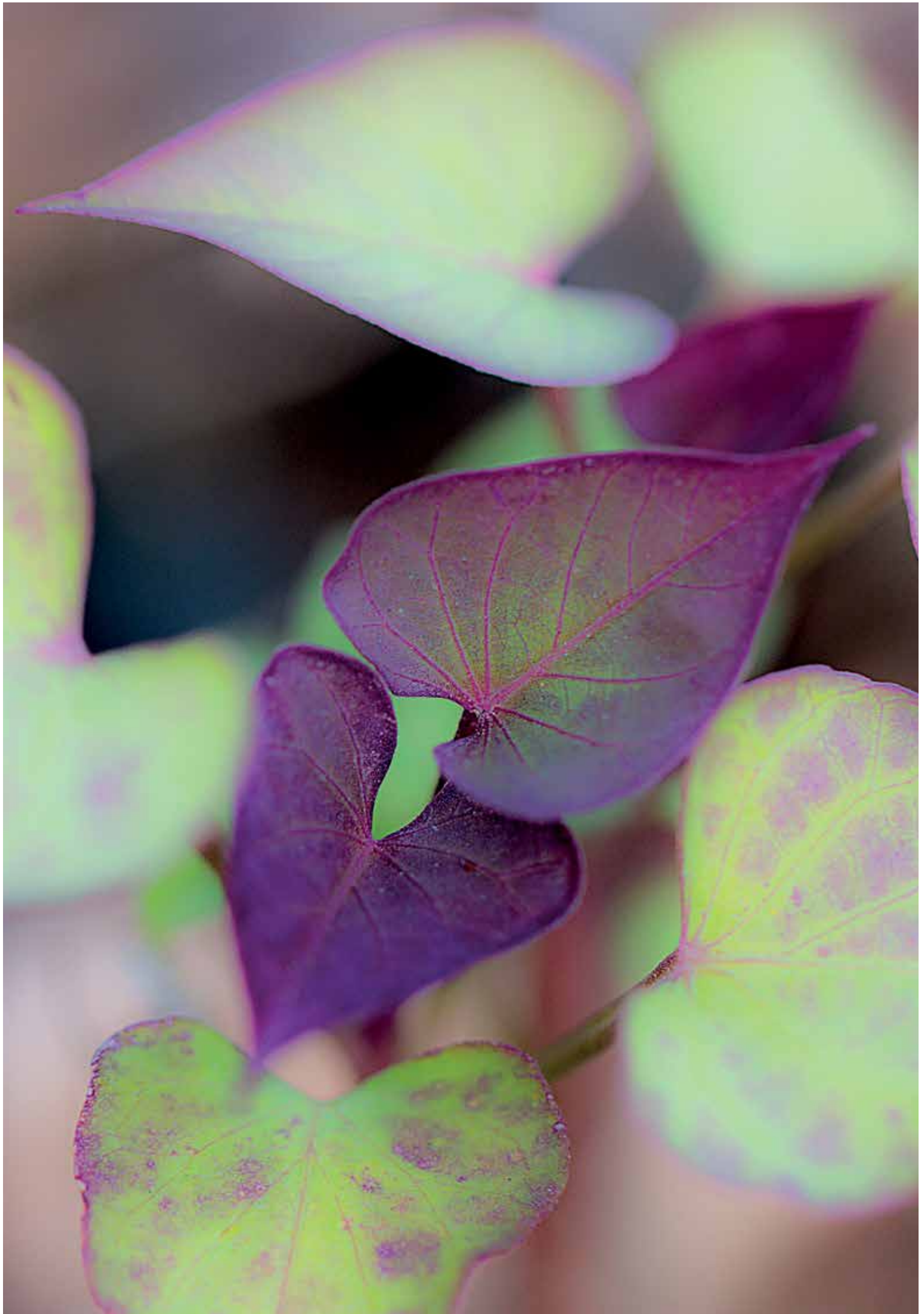
Livshjelp og hospice (hjem for døende)

LHL krever at uheldredelig syke og døende får tilbud om lindrende behandling og pleie. Mer oppmerksomhet må vies de mange og alvorlige plager kroniske hjerte- og lungesykdommer medfører – både av fysisk, psykisk og sosial art. Alle mennesker må få mulighet til å velge hvor hun eller han ønsker å tilbringe sine siste dager. Valget må ikke begrenses av kommunens eller den enkeltes økonomi. Dette forutsetter et godt utbygd helse- og hjemmetjenestetilbud, med kompetent personell og god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Lindrende behandling (palliativ medisin) må styrkes som fagfelt. For mange vil hospice være et godt tilbud i livets slutfase. Hospice-utbygging er en helt nødvendig utvidelse av tilbudene til alvorlig syke og døende. Hospice har gjennom spesiell tilrettelegging maktet å utvikle et tilbud som viser respekt for pasientens integritet og lydhørhet for pasientens problemer – og ikke bare de fysiske behov, men også de følelsesmessige, åndelige og eksistensielle. LHL mener det må vurderes om et hospice bør tillegges en kompetansesenterfunksjon og således kunne bidra med verdifull kompetanse til det øvrige tjenesteapparatet.

Rett til omsorgslønn

Pårørendes omsorg for familiemedlemmer er av uvurderlig og avgjørende betydning. LHL mener at samfunnet bør gjøre mer for å støtte opp under og legge til rette for familiens omsorg. LHL krever sterkere anerkjennelse fra samfunnets side av pårørendes omsorgsinnsats. Dagens ordning gir ikke rett til omsorgslønn, kun til behandling av saken og et vedtak. LHL mener at ordningen med omsorgslønn må gjøres om til en pliktmessig ytelse. Dette må imidlertid ikke gå på bekostning av muligheten til å få annen hjelp og avlastning.

Det er positivt at pensjonsreformen gir forbedret pensjonsopptjening ved omsorgsarbeid. Øvre aldersgrense for pensjonsopptjening til personer med omsorgsarbeid må være den samme som for pensjonsopptjening ved annet arbeid.



Kapittel 8

Utdanning og arbeid

LHLs mål er

At mennesker med kronisk sykdom skal kunne gjennomføre den utdanningen de selv ønsker og er kvalifisert til, og ha mulighet til å delta aktivt i arbeidslivet.

LHL arbeider for

- At retten til individuell tilrettelegging i grunn- og videregående skole og høyere utdanning må gjelde på lik linje med retten til tilrettelegging etter arbeidsmiljøloven.
- At utdanningsinstitusjoner skal ha et velferdstilbud som er tilrettelagt for blant andre hjerte- og lungesyke studenter.
- At arbeidslivet skal inkludere mennesker med kronisk sykdom og funksjonshemning.
- Styrking av tilretteleggingstiltak overfor hjerte-, kar- og lungesyke, i særdeleshet ungdom og eldre arbeidstakere.
- Vern om dagens sykelønnsordning.

Tilrettelagt utdanningstilbud

Elevers og studenters arbeidsmiljø dreier seg ikke bare om den fysiske tilretteleggingen, men også den pedagogiske og praktiske rammen rundt undervisningen. LHL går inn for at retten til individuell tilrettelegging i skole og utdanning må styrkes og gjelde på linje med retten til individuell tilrettelegging etter arbeidsmiljøloven.

Velferdstilbudene ved utdanningsinstitusjonene må bli tilrettelagt for hjerte-, kar- og lungesyke. Tilgang til studentboliger er like viktig for studenter med kronisk sykdom og funksjonshemning som for alle andre studenter.

Også andre velferdstilbud som bl.a. fritidstilbud og trenings-tilbud er viktig for alle grupper av studenter, også hjerte-, kar- og lungesyke.

Et inkluderende arbeidsliv

LHL ser utstøting og utestenging fra arbeidslivet som en vesentlig årsak til at kronisk syke og funksjonshemmede har dårligere levekår enn andre. Arbeid gir ikke bare inntekt, men også sosial forankring, tilhørighet og mulighet til å utvikle personlige evner og ressurser. LHL ser retten til arbeid som grunnleggende for mennesker med kronisk sykdom og funksjonshemning, og som avgjørende for utvikling av et inkluderende samfunn uten diskriminering og med full likestilling og deltakelse.

LHL arbeider for tiltak som stimulerer arbeidslivet til å inkludere mennesker med kronisk sykdom og funksjonshemning. Arbeidsgiverne har et ansvar jf. arbeidsmiljøloven for å forebygge utstøting og legge til rette for utsatte arbeidstakere. For arbeidstakere med helserelaterte problemer vil et samspill av tiltak fra NAV, helsevesen, arbeidsgiver og den enkelte ansatte gjøre det mulig å holde seg i arbeid. Helsefremmende, rehabiliterende og tilretteleggende tiltak på arbeidsplassen er helt avgjørende for at flere skal klare å stå i jobb etter at de er rammet av sykdom og nedsatt funksjonsevne.

LHL mener at tiltak for å gjøre arbeidslivet mer inkluderende bl.a. må omfatte aktiv veiledning og bistand fra myndighetene til arbeidssøker og arbeidsgiver, økt offentlig støtte til tilrettelegging av arbeidsplasser, senking av inngangsvilkåret til uførepensjon fra 50 prosent til 25 prosent uføregrad, flere traineestillinger, utprøving av moderat kvotering, utprøving av tidskonto og redusert arbeidsgiveravgift for funksjonshemmede. LHL mener det må satses enda mer på ordningene tidsbestemt og tidsbestemt lønnstilskudd. Dette er ordninger som virker og som bidrar til at færre faller utenfor arbeidslivet.



Mer målrettede, individuelle tiltak

LHL mener det er viktig at arbeidsmarkedspolitikken er målrettet når det gjelder funksjonshemmede. LHL vil særlig understreke at den enkelte arbeidssøker må oppleve en helhetlig og sammenhengende prosess, der helhetlig innebærer at alle vedkommendes forutsetninger, ressurser og begrensninger blir tatt tak i, og der sammenhengende innebærer at man unngår avbrudd og meningsløse opphold i prosessen. LHL ser det som viktig at NAV og andre som bistår kronisk syke og funksjonshemmede baserer arbeidsmarkedstiltakene på kunnskap om sosial ulikhet i helse. Det må legges større vekt på å gjøre Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) til et sterkere virkemiddel for å gi flere funksjonshemmede mulighet til arbeid. LHL vil for øvrig peke på særlig tre grupper av hjerte-, kar- og lungesyke som har behov for sterkere satsing fra myndighetenes side: ungdom, personer over 50 år og personer med dårlige levekår.

Arbeidsgivere også i privat sektor må sikre en utforming av arbeidsplassen og tilhørende fasiliteter som toaletter og kantine som har standard i tråd med universell utforming.

Arbeidstakers rett til sykelønn

Retten til sykelønn er en grunnleggende rettighet i arbeidslivet. LHL mener det er uheldig at det med jevne mellomrom sås tvil om retten til full sykelønn. LHL ser på sykelønnsordningen som en av de grunnleggende velferdsordningene, og avviser enhver tanke om å innføre egenandeler for arbeidstakerne i sykelønnsordningen. LHL går også imot en utvidelse av arbeidsgivers plikt til å betale sykepenger. LHL mener at svekkelse av sykelønnsordningen vil bidra til ytterligere utstøting av funksjonshemmede og kronisk syke fra arbeidslivet.

Stønad til utdanning gjennom NAV

Etter folketrygdlovens kapittel 11 og tiltaksforskriften, kan det gis stønad til utdanning når det er nødvendig for å få eller beholde arbeid. Denne bestemmelsen blir praktisert for strengt for dem som har behov for utdanning. Hovedregelen er at det gis støtte til utdanning i inntil tre år. Noen har behov for å ta en lengere utdanning eller bruke lenger tid på utdanningen. Disse risikerer da å ikke få støtte fra Nav for den tiden som går utover tre år. Dette er uheldig og bidrar ikke til å få personer med nedsatt funksjonsevne ut i arbeid.

Kapittel 9

Sosialt fellesskap, kultur og fritid. Livskraftig frivillighet

LHLs mål er

at mennesker med kronisk sykdom og funksjonshemming må få mulighet til å delta i og bli inkludert i kultur og fritid på lik linje med andre, og at frivilligheten opprettholdes som en vital og livskraftig sektor i samfunnet.

LHL arbeider for

- At likemannsarbeidet i funksjonshemmedes organisasjoner må ha rammebetingelser som sikrer fortsatt utvikling og vekst.
- At tilgjengelighet til kultur- og fritidsområder må bli lovfestet med mulighet for sanksjoner dersom lovene ikke følges.
- At kulturtilbud og fritidsaktiviteter må bli tilrettelagt slik at alle mennesker kan delta uavhengig av funksjonsevne.
- At kultur- og fritidsaktivitetene i LHL og i andre funksjonshemmedes organisasjoner må få del i den offentlige støtten til kulturformål.
- At frivillig sektor skal få økonomiske betingelser som er under organisasjonenes kontroll og som gir mulighet for å virkeliggjøre frivillighetens idéer.
- Styrking av voksenopplærings- og etterutdanningstilbudene for mennesker med kronisk sykdom og funksjonshemming.

Kronisk sykdom, sosialt nettverk og likemannsarbeid
For mange mennesker fyller deltakelsen i funksjonshemmedes organisasjoner både sosiale og kulturelle behov. Der kan man møte mennesker som er i liknende situasjoner som en selv. I dette møtet finnes det muligheter for å etablere nye relasjoner og utvide nettverket, noe som kan påvirke livssituasjonen og øke livskvaliteten.

I LHL er likemannsaktivitet en sentral del av organisasjonens virksomhet. LHL mener at likemannsarbeidet skal være et av de tiltakene det satses på i samhandlingsreformen. Det er da viktig at overordnet myndighet gjennom styringssignaler legger til rette for likemannsarbeidet. LHL vil arbeide for at myndighetene i større grad skal anerkjenne likemannsarbeidets betydning og bidra til gode rammebetingelser.

Funksjonshemmedes organisasjoner er en viktig del av frivillighets-Norge. LHL mener det er viktig at myndighetene bidrar til å videreføre det lokale kulturengasjement som over år har utviklet seg i funksjonshemmedes organisasjoner. LHL mener myndighetene skal gi føringer som sikrer funksjonshemmedes organisasjoner mulighet til å søke kulturmidler.

I et åpent og inkluderende samfunn er det viktig med et mangfold av kulturer. Det vil være en berikelse for LHL å rekruttere medlemmer som kan bidra til nye innfallsvinkler når det gjelder virkelighetsforståelse. Slik kan LHL utvikle organisasjonen til å bli mer moderne og åpen i møte med mennesker som representerer andre kulturer. Hjerte-, kar- og lungesykdommer er i vekst i innvandrerbefolkningen. Det tilsier at det er et potensial i å rekruttere personer med innvandrerbakgrunn inn i organisasjonen.

Sosialt fellesskap, kultur og fritid fremmer helse

Det er sammenheng mellom sosialt nettverk og helse; nettverket virker inn på levestil og livskvaliteten vår. Nettverk er av særlig betydning for mennesker med langvarige kroniske sykdommer og funksjonshemninger, som hjerte-, kar- og lungesykdommer. Livssituasjonen formes av sykdommen, personens mestringsevne og de sosiale relasjonene og nettverket til andre mennesker.

LHLs utgangspunkt er det demokratiske og solidariske samfunnet. Mens likhet i rettigheter og plikter kjenner tegner demokratiet, innebærer solidaritet at samfunnet også tar ansvar for og inkluderer alle mennesker.

En avgjørende forutsetning for inkludering er like muligheter til deltakelse på alle samfunnsområder. Kulturlivet er ett slikt viktig samfunnsområde, og den viktigste forutsetningen for bruk av kultur er tilgjengelighet. Mennesker med kronisk sykdom og funksjonshemming deltar langt mindre enn resten av befolkningen i kultur- og fritidsaktiviteter. Derfor er det viktig at lovverket brukes til å sikre tilgjengelighet til kulturlivet for alle. LHL mener det er viktig at brukerorganisasjonene trekkes med når kravene til universell utforming skal fastsettes. Dette gjelder fysisk tilgjengelighet, og ikke minst luftkvalitet og inneklima som er helt avgjørende for at mennesker med hjerte- og lungesykdommer skal kunne delta i aktiviteter og arrangementer.

Fritid er viktig for livskvalitet og livsutfoldelse. Fritid gir mulighet til å realisere interesser som i sin tur kan bli viktige for mestringsevnen. Fritiden er betydningsfull for møtet med andre mennesker og for muligheten til å utvikle sosiale nettverk. Funksjonsevne kan virke inn på den enkeltes utbytte av fritiden. Det sentrale er at samfunnet er tilrettelagt slik at alle har mulighet til å bruke de fritidstilbud som finnes. LHL aksepterer at det i arbeidet med tilrettelegging må foretas avveininger mot natur- og kulturvern. LHL godtar derimot ikke at kronisk syke og funksjonshemmede blir utestengt på grunn av eierskapsmessige eller økonomiske grunner.

LHL krever rett til ledsagerbevis for alle som har behov for det. For mange er dette en forutsetning for å kunne delta i kulturelle og sosiale aktiviteter.

Frivillighetens rolle og betingelser

LHL tilhører de frivillige organisasjonene. Som del av tredje sektor, mellom marked og stat, er LHL bevisst vår samfunnsmessige rolle.

For det første er organisasjonene viktige arenaer for læring og samfunnsengasjement. For det andre mener LHL at frivillige organisasjoner, og ikke minst funksjonshemmedes organisasjoner, spiller en viktig rolle i utvikling av brukerdemokratiet. LHL tror brukermedvirkning bare er i sin spede begynnelse, og at brukermedvirkning vil bli en stadig viktigere kilde til utvikling av samfunnet. For det tredje tror LHL at tredje sektor spiller en viktig rolle når det gjelder å fornye velferdsstaten.

LHL ser det å sikre frivillig sektor en økonomi som er under organisasjonenes kontroll som den mest brennende og overordnede politiske utfordring og betingelse. LHL ser en gradvis innskrenkning i frivillig sektors mulighet til å virkeliggjøre sine egne idéer som den største trusselen mot det å opprettholde en livskraftig og vital frivillighet i samfunnet. LHL mener at rammebetingelsene for frivillige organisasjoners lotteri- og spillvirksomhet må gjøres mer lik de statlige spillenes rammebetingelser

og arbeider for at lotteriloven blir revidert slik at den harmonerer med statlige spill.

Frivillige virksomheter må som andre virksomheter betale merverdiavgift på varer og tjenester. For frivilligheten er dette en ekstrakostnad som innbetales til staten og som frivilligheten bare delvis får kompensert gjennom moms-kompensasjonsordningen. LHL deler Frivillighet Norges krav om at skatten på frivillig arbeid må fjernes. LHL vil sammen med andre frivillige organisasjoner bidra til å finne en løsning i saken om merverdiavgift for frivillig virksomhet.

LHL mener at frivillige organisasjoner som ikke har erverv som formål må kunne utbetale inntil ½ G skattefritt i året til enkeltpersoner som utfører oppgaver for dem.

Voksenopplæring

Frivillighetens rolle og betingelser

For et menneske som på grunn av sykdom eller funksjonshemming føler seg satt på sidelinjen, vil et aktivitets- eller mestringkurs eller annet voksenopplæringstiltak ofte være det steget som fører videre. LHLs erfaring er at deltakelse i voksenopplæring bidrar til økt kunnskap, økt mestring, bedre livskvalitet og sterkere sosialt nettverk. For medlemsorganisasjoner som LHL er studiearbeid og opplæring en viktig del av organisasjonsutviklingen.

LHL mener bevilgningene til voksenopplæringstilbud i regi av studieforbundene må styrkes. LHL vil også arbeide for at regelverket rundt voksenopplæring blir mer fleksibelt enn i dag. I mange av LHLs små lag vil det for eksempel være vanskelig å gjennomføre tiltak som må ha en varighet på minst åtte timer.

Kapittel 10

Internasjonal solidaritet

LHLs mål er

at omfanget av hjerte-, kar og lungesykdommer på verdensbasis skal reduseres.

LHL arbeider for

- Økt innsats mot overvekt, diabetes, høyt blodtrykk.
- Kraftig reduksjon i andelen som røyker.
- Internasjonal innsats mot luftforurensing.
- At tuberkulose syke skal få rask tilgang til diagnose og effektiv behandling.
- At personer som rammes både av tuberkulose og hiv sikres behandling samtidig for begge sykdommer.
- At pasienter med motstandsdyktig tuberkulose skal sikres behandling.
- Utvikling av ny og effektiv vaksine mot tuberkulose.
- At tuberkulosebekjempelse får høyere prioritet og blir synliggjort som en viktig del av den norske bistand til helse.

Fra smittsomme til ikke-smittsomme sykdommer

Mens kampen mot smittsomme sykdommer som tuberkulose, aids og malaria har preget helsearbeidet i utviklingsland det siste århundret, er ikke-smittsomme sykdommer den nye store utfordringen også i utviklingsland. De dominerende ikke-smittsomme sykdommene er hjerte- og karsykdommer, kreft, kroniske luftveissykdommer, diabetes og psykiske lidelser. I verden som helhet utgjør disse den største delen av global dødelighet. I lavinntektsland står fortsatt andre faktorer, som smittsomme sykdommer, komplikasjoner i forbindelse med fødsel og underernæring, for størsteparten av tapte leveår, men ikke-smittsomme sykdommer utgjør også her et voksende problem. Dette kommer på toppen av allerede stor utbredelse av smittsomme sykdommer, og er dermed svært utfordrende.

LHL mener at norske myndigheter må være pådrivere i det internasjonale arbeidet i bekjempelsen av ikke-smittsomme sykdommer og livsstilsutfordringer som overvekt og høyt blodtrykk.

Internasjonale utfordringer på tobakksområdet

Mens røyking har hatt en betydelig nedgang i befolkningen i vesten, er andelen som røyker svært høy i mange land i andre deler av verden. Tall fra WHO viser at 1 milliard

mennesker i verden røyker og nær 6 millioner dør av røyking årlig. I 2020 ventes tallet som dør av røyking årlig å stige til 7,5 millioner.

I en rekke ikke-vestlige land er tobakkslovgivningen mangelfull eller liberal og markedsføring av tobakksprodukter massiv. Mange land har sluttet seg til WHO's tobakkskonvensjon uten at det har ført til innføring av tiltak i det enkelte land. LHL mener at norske myndigheter må arbeide for et tobakksfritt samfunn også i andre deler av verden. Å få ned tobakksbruk til et minimum vil være et av de viktigste forebyggende tiltak for å nå målet om god helse for alle.

Ren luft inne og ute

Milliarder av mennesker utsettes daglig for luftforurensing verden over. I takt med urbaniseringen bor flere mennesker i området med luftforurensing. Industrialisering og økt bilbruk gir langt mer forurenset luft enn tidligere. I enkelte av de store millionbyene advarer myndighetene mot farlig luft, som i Beijing.

Luftforurensing påvirker lunge- og hjerte/karhelsen negativt. Menneskeskapt luftforurensing anslås å være direkte årsak til at 2,5 millioner mennesker dør hvert år, i følge forskning fra 2013. Den farligste kilden til luftforurensing er de ørsmå, menneskeskapt partiklene.



Partiklene stammer blant annet fra forbrenning av fossilt drivstoff. Det er hovedsakelig et problem omkring de store millionbyene.

Norske myndighetene må arbeide internasjonalt for å bidra til redusert luftforurensing i alle deler av verden.

Tuberkulose

Tuberkulose har fortsatt stor utbredelse i verden. Årlig blir mer enn 10 millioner syke og 1,8 millioner dør av sykdommen til tross for at tuberkulose er en helbredelig sykdom. Tuberkulose har sin rot i fattigdom og fører til ytterligere fattigdom for dem som rammes av sykdommen. Behandling har gjennom de senere år blitt tilgjengelig og skal gis gratis. Det har vært konstatert stor fremgang i kampen mot tuberkulosen i flere land, men fortsatt er tuberkulose ute av kontroll i deler av verden. Det gjelder Afrika sør for Sahara og områdene til det tidligere Sovjetunionen og Sør-Øst Europa.

I Afrika fører hiv-epidemien til et økende antall pasienter som får både hiv og tuberkulose samtidig. Mulighet for behandling for begge sykdommene er ikke til stede mange steder. Derfor er tuberkulose den hyppigste dødsårsaken blant hiv-positive til tross for at tuberkulose er fullt helbredelig også for hiv-positive. I Sør-Øst Europa og det tidligere Sovjetunionen er tuberkulosen

ute av kontroll hovedsakelig på grunn av tuberkulosebakterier som er motstandsdyktige mot de vanligste medisinene. Fortsatt dør mange personer med motstandsdyktig tuberkulose fordi medisinsk behandling ikke er tilgjengelig. Om man ikke griper inn ovenfor resistensproblematikken vil 10 millioner dødsfall skyldes resistens i 2050, og 25 % av disse vil skyldes resistent tuberkulose.

LHL vil fortsette det politiske påvirkningsarbeidet sammen med stiftelsen LHL Internasjonal for å fremme forståelse for de globale utfordringene innen kampen mot tuberkulosen og å sikre at de finansielle rammene til de ulike deler av dette arbeidet er tilstrekkelige. Et spesielt viktig mål for det politiske påvirkningsarbeidet vil være å sikre at Norge yter midler til å sikre adgang til helsetjenester, utvikling av bedre diagnostikk, ny vaksine og nye medisiner.

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke

Besøksadresse: Ragnar Strøms veg 10, 2067 Jessheim

Postadresse: Pb. 103 Jessheimbyen, 2051 Jessheim

Telefon: +47 67 02 30 00

E-post: post@lhl.no Web: lhl.no

LHL – et bedre liv

LHL er en medlemsbasert, ideell og helhetlig helseorganisasjon med over 52 000 medlemmer. Vi tilbyr behandling og helsetjenester med utgangspunkt i pasientens medisinske og menneskelige behov.

Kombinasjonen av 250 lokallag, klinikker, rehabilitering og sykehusdrift gir LHL en unik mulighet til å følge opp pasienter og pårørende før, under og etter behandling. Vi har helsefaglige eksperter og likemenn som svarer på spørsmål på nett, telefon og på behandlingsinstitusjoner i hele Norge.

Gjennom folkeopplysning, opplæring, behandling, oppfølging, forskning og politisk påvirkning har LHL siden 1943 bidratt til å gi folk et bedre liv. Det skal vi fortsette med.

Les mer om oss, våre tilbud og dine medlemsfordeler på lhl.no

Bli medlem i LHL

Send sms med kodeord
medlem til 2007

eller meld deg inn via lhl.no

Du kan også gi oss en gave ved å vippse til 11009,
eller ved å benytte kontonummer 9041 24 87450