

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen
Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår fil: B09-AA001
Vårt arkiv: 410
Saksbeh: A. Aarnes

Oslo 19. januar 2009

FFOs KRAV TIL STATSBUDDSJETTET 2010

FFO viser til brev datert 17. november 2008, der vi oversendte krav og prioriteringer knyttet til nødvendige hovedinnsatser i politikken for funksjonshemmede i Statsbudsjettet for 2010.

I dette brevet har vi, som varslet i Kontaktutvalget med Regjeringen 18. desember 2008, valgt å presisere, samt oversende andre sentrale krav til viktige prioriterte områder i politikken for funksjonshemmede.

Regionale helseforetak

- *FFO ber om at Regjeringen gir tydelige direktiver gjennom sine styringsvirkemidler om at pasientbehandlingen må skjermes mot ytterligere nedskjæringer.*
- *FFO ber Regjeringen sørge for at kostnadskrevenne medikamentell behandling får en bedre og mer robust finansiering slik at pasienter med et uttalt behov for denne type behandling blir sikret dette.*
- *FFO ber Regjeringen senest i forbindelse med fremlegg av statsbudsjettet for 2010, iverksette ytterligere planer for hvordan det kan etableres en hensiktsmessig lokalsykehusstruktur i alle helseregioner.*
- *FFO ber Regjeringen sørge for at helseforetakene får et klart definert ansvar for å bidra med faglige ressurser inn i samhandlingsprosessene. Særlig gjelder dette i forhold til å bidra med kompetanse og ressurser overfor helsetjenesten i kommunene.*
- *FFO mener at praksiskonsulentordningen bør styrkes ytterligere, slik at flere leger kan få tilbud om dette, og ber derfor Regjeringen iverksette tiltak for å få dette til.*
- *FFO ber om at opplæringstakstene økes slik at lærings- og mestringstiltak prioriteres, og at også andre yrkesgrupper enn i dag kan utløse opplæringstakst.*
- *FFO ber om at det også innføres takster for opplæring av pårørende.*

Bedre samhandling

- FFO vil be Regjeringen fremme forslag til endringer av økonomisk og juridisk art som sikrer at pasientene får et godt og helhetlig behandlingsløp på tvers av nivåer og ulike type helsetjenester.

Samhandling og styrking av de kommunale helsetjenestene

- FFO vil be Regjeringen sørge for at det etableres flere nye fastlegehjemler i kommunene, og at det maksimale antall pasienter legene kan ha på sine lister gradvis må reduseres til 1.500 pasienter.

Oppfølging av nasjonale strategier

- FFO ber Regjeringen om økonomiske bevilgninger knyttet til tiltak i de nasjonale helsestrategiene, slik at strategimålene nås innenfor det tidsperspektivet Regjeringen selv har vedtatt.

Finansiering av fysioterapitjenesten

- FFO ber Regjeringen om å redegjøre for erfaringene med endring av finansieringen av fysioterapitjenesten i forbindelse med fremleggelse av Statsbudsjettet for 2010.

Styrking av skolehelsetjenesten

- FFO vil be Regjeringen sikre at skolehelsetjenesten styrkes betydelig i forbindelse med statsbudsjettet for 2010.

Egenandeler

- FFO ber om at skatt på sykdom (egenandeler) blir vurdert i sammenheng med skatteopplegget for 2010.
- FFO vil be Regjeringen redusere egenandelstak 1 til 1.500 kr.
- FFO vil be Regjeringen sørge for at egenandeler til all tannbehandling som gir rett til trygderefusjon inngår i tak-2 ordningen, slik som blant annet tannkjøtt sykdommer allerede gjør i dag.
- FFO vil be Regjeringen redusere innslagspunktet i tak 2 ordningen fra 2.560 kr til 2.500 kr, samtidig som skjermingsordningen utvides.
- FFO vil be Regjeringen foreta en grundig vurdering av hvordan brukerne av kommunale omsorgstjenester kan skjermes for høye egenandeler.

Refusjonsordninger i forbindelse med helsehjelp innenfor EU/EØS

- FFO vil be Regjeringen sørge for at det etableres en oppgjørsordning mellom staten og behandlingssteder i EU/EØS i forbindelse med den kommende implementering av EU direktivet om grensekryssende helsetjenester.

Ferietilskuddsordning

- FFO ber om at det etableres en egen ferietilskuddsordning for personer med store bistandsbehov.

Sterkere økonomisk satsing på habilitering og rehabilitering

- FFO ber Regjeringen legge fram en plan for en forpliktende økonomisk opptrapping som kan sikre realisering av den nasjonale strategien for habilitering og rehabilitering.
- FFO ber Regjeringen avsette midler til en betydelig styrking av forskningen innenfor rehabilitering og habilitering i statsbudsjettet for 2010.
- FFO ber Regjeringen om at egenandelene ved opphold i privat rehabiliteringsinstitusjon fjernes.
- FFO ber Regjeringen øke bevilgningen til statlige behandlingsreiser slik at flere får dette tilbud.
- FFO ber Regjeringen sørge for at det igangsettes et arbeid for å vurdere hvordan pasientopplæring kan implementeres i primærhelsetjenesten.
- FFO ber Regjeringen styrke alle deler av rehabiliteringen, også egenrehabiliteringen som folk gjør selv og ikke minst likemannsrehabiliteringen i regi av brukerorganisasjonene.

Forebygging

- FFO ber Regjeringen påse at Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen må følges opp med tilstrekkelige ressurser.
- FFO ber Regjeringen om at det må brukes prispolitiske virkemidler for å fremme bedre folkehelse – det sunneste må bli det billigste.
- FFO ber Regjeringen om at ordningen med skolefrukt må utvides og gjøres gratis for alle elever i barne- og ungdomsskolen.

Regionale helseforetak

FFO har merket seg at Stortinget vedtok et budsjett for de regionale helseforetakene der det tas høyde for mange av de økonomiske utfordringene de regionale helseforetakene sliter med, slik som pensjonskostnader, økt pasientbehandling, driftskreditter og ny fordelingsnøkkel.

Men til tross for et budsjett som imøtekommer mange av de akutte økonomiske behovene til RHFene, er det fortsatt bekymringsfullt at det ligger an til betydelige underskudd i 2009. FFO frykter derfor kutt i pasientbehandling i 2010 som følge av et krav om ytterligere innsparinger for å oppnå budsjettbalanse. FFO mener at pasientbehandlingen som kjerneaktivitet må opprettholdes og skjermes mot eventuelle kutt.

Videre er FFO opptatt av at RHFene styrer etter de forutsetninger og pålegg som Storting og Regjering har gitt. Vi har sett for mange eksempler på at helseforetak ikke har hatt tilstrekkelig kontroll over ressursbruken noe som har medvirket til å forsterke de økonomiske problemene. Eksempelvis kan vi vise til en vekst i antallet legestillinger som det ikke har vært budsjettmessig dekning for. Det er også avdekket feil bruk av innsattsstyrt finansiering i helseforetakene. Begge disse forhold bidrar til å svekke muligheten for god budsjettkontroll, som igjen ofte rammer pasientene når budsjettmessig overskridelser skal innhentes.

Finansiering av kostbar medikamentell behandling

FFO var fornøyd med at Regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet 2009 endret finansieringssystemet for kostbar medikamentell behandling som finansieres gjennom de regionale helseforetakene. Det at dette nå er inkludert i den innsattsstyrte finansieringen vil bidra til større likhet og forutsigbarhet i behandlingstilbudet.

Dette til tross mener FFO at det er bekymringsfullt at denne type behandling syntes å være underfinansiert i utgangspunktet. FFO vil i den sammenheng vise til et oppslag fra Norsk telegrambyrå den 5. januar 2009 hvor det framkommer at:

"I 2008 sprakk Haukeland universitetssykehus medisinsbudsjettet med 200 millioner kroner. Medisinkostnadene har bidratt til at Helse Bergens budsjett har sprukket flere år på rad".

Videre står det: "Det er først og fremst den økte bruken av kreftmedisiner, revmatismemedisiner og MS - medisiner som bidrar til at medisinsbudsjettet fyker i været".

FFO har fått tilbakemeldinger som tilsier at dette er en situasjon som ikke bare gjelder for Haukeland og Helse Bergen, men er beskrivende for situasjonen også ved andre helseforetak. Selv om ISF - ordningen vil gi en større forutsigbarhet i forhold til finansieringen av kostnadskrevende medikamentell behandling vil det likevel utgjøre bare 40 % av gjennomsnittskostnaden. FFO frykter derfor at pasienter med behov for slik behandling ikke vil få dette på grunn av de store underskuddene dette genererer i helseforetakene. FFO vil derfor be Regjeringen sørge for at av kostnadskrevende medikamentell behandling får en bedre og mer robust finansiering slik at pasienter med et uttalt behov for kostnadskrevende medikamentell behandling blir sikret dette.

Lokalsykehusfunksjonen

I 2007 avla en arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet en sluttrapport om lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede. Denne rapporten gir anbefalinger om hvilke oppgaver som bør tilligge

lokalsykehusene. Bakgrunnen for rapporten er behovet for å få til en større grad av funksjonsfordeling mellom de ulike sykehus.

I likhet med den nevnte arbeidsgruppen mener FFO at det er helt nødvendig å foreta en tydelig differensiering mellom de oppgavene som trenger spesialisert dybdekompetanse, og de oppgaver hvor breddekompetansen er det viktigste. Det er nødvendig å se lokalsykehusfunksjonen opp mot de mest vanlige forekommende sykdommene som krever at sykehuset har breddekompetanse. Eksempler på slike sykdommer er kroniske lidelser, psykiske lidelser og lidelser som ofte rammer eldre.

I hovedstadsprosessen skal det nå foretas en slik tydelig deling av funksjonene i regionfunksjoner, områdefunksjoner og lokalsykehusfunksjoner. En slik differensiering av tjenestetilbudet er i tråd med det FFO mener er en hensiktsmessig måte å organisere spesialisthelsetjenesten på.

I statsbudsjettet for 2009 ble det i en viss grad redegjort for utviklingen på lokalsykehusområdet. FFO savnet imidlertid en mer offensiv oppfølging av lokalsykehusutvalgets konklusjoner og anbefalinger. FFO vil derfor be Regjeringen iverksette ytterligere planer/tiltak for hvordan det kan etableres en hensiktsmessig lokalsykehusstruktur i alle helseregioner.

Spesialisthelsetjenestens rolle overfor kommunehelsetjenesten

FFO mener at det er avgjørende at helsetjenesten fungerer mest mulig som en sammenhengende tjeneste. Både sykehusene og kommunene vil tjene på at sykehusene tar et større ansvar for å bidra med faglig støtte til kommunene slik at disse skal kunne løse de forventede oppgaver innen helsetjenesten. Dette vil gagne både pasientene, kommunehelsetjenesten og sykehusene.

FFO vil fremheve det som blant annet er foreslått i hovedstadsprosessen, der vi ser en tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens oppgaver. Ved en slik organisering vil lokalsykehusene få et klarere ansvar for behandlingen av de mest vanligste sykdommene, og vil derigjennom inneha stor breddekompetanse. Lokalsykehusene skal også medvirke til at pasienter som trenger et godt koordinert behandlingsløp på tvers av behandlingsnivåene, får dette. Lokalsykehusene bør derfor få et klart ansvar for å bidra med kompetanse overfor helse- og omsorgstjenesten i kommunene slik at pasienter som trenger oppfølging etter sykehusbehandling får et best mulig behandling når de overføres fra sykehus til det kommunale tjenesteapparat.

FFO vil derfor be Regjeringen sørge for at helseforetakene får et klart definert ansvar for å bidra med faglige ressurser inn i samhandlingsprosessene, ikke minst når det gjelder å bidra med kompetanse og ressurser overfor helsetjenesten i kommunene.

Praksiskonsulentordningen

Praksiskonsulentordningen har vist seg å fremme samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Dette er en ordning som etter FFOs mening bør styrkes ytterligere. Mer innsikt om hverandres arbeidshverdag, hvilke behov de to tjenestenivåene har og hvilke utfordringer de står overfor, kan være med å bidra til å skape større forståelse for viktigheten av god samhandling også i praksis.

Opplæring av pasienter og pårørende

For at opplæring av pasienter og pårørende skal kunne tilbys i tilstrekkelig grad er det nødvendig at opplæringstakstene justeres slik at de er mer i samsvar med foretakenes faktiske utgifter. FFO vil derfor be Regjeringen foreta en oppjustering av opplæringstaksten. FFO mener også at det vil være viktig at andre personellgrupper enn leger kan utløse takst for opplæring av pasienter.

Opplæring av pårørende utløser ingen takst for sykehuset slik takstordningen er innrettet i dag. FFO mener at dette er uheldig, siden pårørende i mange tilfeller har et like stort behov for opplæring som den som har sykdommen. Ikke minst gjelder dette foreldre til barn. FFO mener at det må legges tilrette for at også opplæring av pårørende må kunne utløse opplæringstakst, og ber Regjeringen legge til rette for at dette inkluderes i opplæringstaksten.

Bedre samhandling

Det er en kjensgjerning at manglende samhandling er et hovedproblem i dagens helsetjeneste. Det er derfor nødvendig at det iverksettes tiltak som kan føre til at vi får en bedre koordinert og mer sammenhengende helsetjeneste for pasientene. Spesielt vil FFO understreke betydningen av å satse på styrking og utvikling av det psykiske helsetilbudet i kommunene. Det er pasientene det går utover dersom samhandlingen ikke fungerer, det gir ofte et dårligere behandlingsresultat og en dårlig bruk av ressursene.

Det at helsetjenesten er delt mellom to ulike forvaltningsnivåer, med ulik finansiering bidrar til å vanskeliggjøre samhandlingen. Selve finansieringssystemene er bygget opp rundt at hver enkelt budsjett enhet har klare grenser for hva den faglig sett har ansvar for å finansiere. Slike avgrensede faglige og budsjettmessige ansvarsområder understøtter ikke samhandling tvert om fører det til ansvarsfraskrivelse. Samhandling fordrer en bred tilnærming og involvering i pasientenes forløp for at disse skal få et godt og sammenhengende behandlingsforløp.

For å oppnå målet om en godt samhandlet helsetjeneste må det utvikles noen finansielle systemer som understøtter dette. Dagens finansiering belønner i stor grad produksjon, og det å få pasientene gjennom behandlingssystemet, og raskest mulig overlate ansvaret til neste instans. Finansieringssystemet må i stedet understøtte hele behandlingsprosessen slik at det vil gi økonomisk uttelling å samhandle.

I tillegg til å benytte økonomiske virkemidler som kan understøtte samhandling, er det nødvendig å se på hvilke juridiske grep som må gjøres for at helselovgivningen skal innrettes slik at den fremmer samhandlingen. FFO mener at det må foretas en bred gjennomgang av spesialisthelsetjenesteloven, kommunehelseloven og pasientrettighetsloven for å vurdere hva som er nødvendig å innta i disse lovene.

Videre vil FFO også understreke behovet for å se på organisatoriske og administrative forhold i helsetjenesten. Gode samhandlingsprosesser fordrer også at de administrative og organisatoriske systemene i helsetjenesten innrettes slik at samhandling blir en sentral oppgave.

Samhandling og styrking av de kommunale helsetjenestene

Primærhelsetjenesten er og må være bærebjelken i helsetjenesten. Hele 90 % av befolkningen får sin behandling i primærhelsetjenesten, mens de resterende 10 % behandles i spesialisthelsetjenesten. Veksten i ressursbruken i spesialisthelsetjenesten har de senere år vært formidabel sammenlignet med den vi har sett i primærhelsetjenesten. Sett i relasjon til at ca 90 % av befolkningen får behandling i primærhelsetjenesten, mener FFO at ressursene burde ha vært jevnere fordelt mellom de to nivåene enn det som faktisk er tilfellet.

Økningen av legeårsverk i kommunehelsetjenesten har vist en mye mindre økning over de siste 20 årene enn nye legeårsverk i spesialisthelsetjenesten. I årene fra 2001 frem til i dag har helseforetakene fått 400 legeårsverk årlig, mens allmennmedisinen er tilført 40 nye årlig. I følge Statistisk sentralbyrå, sank andelen leger i kommunale helsetjenester i perioden fra 1990 til 2006 fra 34,5 % til 27,9 %. Norge har nå en langt lavere andel allmennleger enn andre land med tilsvarende oppbygging av sitt helsevesen som Norge.

Det er knesatt et prinsipp i helsetjenesten om at helsetjenester skal ytes på lavest mulig omsorgsnivå (LEON prinsippet) FFO mener dette prinsippet er umulig å følge slik situasjonen i helsetjenesten er i dag. Mange pasienter som kunne ha blitt behandlet i primærhelsetjenesten, sluses inn til spesialisthelsetjenesten fordi kapasiteten og kompetansen til å følge opp den enkelte i den kommunale helsetjenesten er for dårlig. FFO mener det derfor er behov for å iverksette tiltak som kan medføre at primærhelsetjenesten kan ivareta alle pasienter som hører hjemme på dette tjenestenivå.

For å kunne møte de utfordringene som primærhelsetjenesten står overfor, vil det altså være nødvendig å styrke kapasiteten. En økning av antall fastlegehjemler i kommunen vil være et viktig virkemiddel. Ved en økning av antall fastlegehjemler bør det maksimale antallet pasienter hver fastlege kan ha på sine lister gradvis reduseres til 1.500. FFO mener at et slikt tiltak vil kunne medvirke til at fastlegen får bedre tid til hver pasient, spesielt vil dette være viktig for pasienter med sammensatte lidelser og som har behov for oppfølging over tid. En reduksjon i maksimalt antall listepasienter vil muligheten for frigjøring av mer tid til offentlig legearbeid i kommunene.

Oppfølging av nasjonale strategier

Regjeringen har publisert nasjonale strategier knyttet til forskjellige helseområder og ulike pasientgrupper. Dette gjelder blant annet astma og allergi, kols, diabetes, kreft og rehabilitering. Gjennom disse strategiene har Regjeringen angitt viktige mål for sitt helsepolitiske arbeid.

FFO mener at Regjeringen må fremme forslag i statsbudsjettet 2010 om økonomiske bevilgninger knyttet til de nasjonale strategiene og den forventede oppfølgingen. Dette er nødvendig for at målene i de helsepolitiske strategiene skal kunne realiseres. Så langt fremstår målene i hovedsak som momenter i festtaler og uten økonomiske overføringer vil de nasjonale strategiene bli tomme dokumenter uten praktisk betydning for de pasientgruppene de omtaler.

Finansiering av fysioterapitjenesten

FFO var i utgangspunktet positive til at Regjeringen i St.prp.nr.1 (2008-2009) foreslo tiltak som kan gi kommunene økt finansieringsansvar og bedre styring med fysioterapitjenesten. Dette er i tråd med kravene om at kommunene tar det finansieringsansvaret de etter kommunehelsetjenesteloven har for fysioterapitjenestene.

FFO er kjent med at en rekke kommuner i dag velger å gi små kommunale driftstilskudd til den enkelte fysioterapeuter med den hensikt at flere fysioterapeuter skal kunne få refusjon og dermed behandle flere pasienter. FFO erfarer at mange pasienter i dag ikke får tilgang på nødvendige fysioterapitjenester til riktig tid. Dette har uheldige konsekvenser for mange brukere i form av forverret helsetilstand. Det er derfor et stort behov for flere fysioterapeuter med driftstilskudd i årene som kommer.

FFO har merket seg at opposisjonene i Budsjett-innst. S.nr 11 (2008-2009), med ulike begrunnelser er kritisk til omleggingen av finansieringsordningen for denne tjenesten. FFO forutsetter at omleggingen ikke medfører økte utgifter for pasientene eller at behandlingstilbudet til pasientene blir svekket. FFO vil derfor be Regjeringen redegjøre for erfaringene med endringene av finansiering og ansvar av fysioterapitjenesten i forbindelse med Statsbudsjettet for 2010.

Styrking av skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten og helsesøstertjenesten innehar en nøkkelrolle i det forbyggende helsearbeidet blant ungdom. Dagens utfordringer er i større grad knyttet opp til kroniske sykdommer som astma- og allergi, diabetes og i tillegg kommer en stadig økende forekomst av psykiske lidelser. Det er vanskelig å forvente gode tjenester når helsesøster skal dele fire timer i uken på 500 elever, slik som forholdene dessverre er flere steder i landet.

For at skolehelsetjenesten skal bli det lavterskeltilbudet den er ment å være, må det rekrutteres flere helsesøstere. Av de 800 stillingene skolehelsetjenesten etter Opptappingsplanen for psykisk helse skulle styrkes med er kun 440 årsverk på plass. FFO vil derfor be Regjeringen sikre at dette området styrkes betydelig i statsbudsjettet for 2010.

Egenandeler

FFO var fornøyd da Regjeringen i St.meld.nr.20 (2006-2007) satte ulikhet i helse på den politiske dagsorden. I St.meld.nr.20 (2006.2007) skriver Regjeringen:

"I en vurdering av eventuelle endringer i egenandelsordningene på helsetjenester, vil utjevning av sosiale forskjeller være et viktig hensyn å ta".

Sett opp mot løfter i Regjeringens egen tiltredelseserklæring om at egenandelene skal reduseres og holdes på et lavt nivå, gjør dette at det i budsjettet for 2010 er nødvendig å fremme konkrete forslag slik at løftet innfries.

FFO mener at i en strategi for å redusere egenandelene slik Regjeringen har som mål, bør man se egenandeler som beskatning av mennesker med dårlig helse, og dermed som en del av det totale skatteopplegget. FFO vil derfor be Regjeringen ta hensyn til skatt på sykdom som ett av mange elementer i det helhetlige skatteopplegget for 2010.

I St.prp.nr.1 (2008-2009) under temaområde Sosiale helseforskjeller tydeliggjør Regjeringen dette aspektet ytterligere og skriver:

"Egenandeler på helse- og omsorgstjenester har også betydning for sosiale helseforskjeller".

FFO stiller seg undrende til at Regjeringen på den ene siden erkjenner at egenandeler har betydning for sosiale helseforskjeller samtidig som den velger å øke egenandelene.

For ytterligere å underbygge at høye egenandeler har en sosial slagside, vil FFO vise til et forskersteam ledet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. De har undersøkt egenandeler på reseptbelagte legemidler og har publisert sine funn i Cochrane Library. I konklusjonen til rapporten hevdes det at:

"egenandeler på reseptbelagte legemidler kan føre til redusert bruk av medisiner, men også til mulig uønskede konsekvenser for helsa for særlige sårbare grupper og økte utgifter for helsevesenet".

Pharmaceutical policies: Effects of Cap and co- payment on rational drug use.
Cochrane Database of Systematic Reviews 2008

En samlet Helse- og omsorgskomiteé uttalte i en merknad til St.prp.nr.1 (2008-2009) følgende:

"Komiteen har merket seg en viss økning i egenandelstak - 1 og egenandelstak - 2 for 2009. Komiteen vil framheve betydningen av at egenandelene holdes på et lavt nivå, og viser til at egenandeler har betydning for sosiale helseforskjeller."

St.prp.nr.1 (2008-2009)

Komiteens merknad underbygger FFOs oppfatning om at høye egenandeler medvirker til sosiale helseforskjeller.

Sett opp mot Regjeringens egen tiltredelseserklæring om at egenandelene skal reduseres og holdes på et lavt nivå, hadde FFO forventet at Regjeringen i statsbudsjettet for 2009 hadde gjort dette, spesielt sett i lys av St.meld. nr. 20 "Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller".

FFO er kritisk til at økning av egenandelstaket benyttes som virkemiddel for å redusere den totale andelen frikort som utstedes. Dette er en politikk som først og fremst rammer de svakeste hardest, fordi dette er grupper som er mest følsomme for prisøkninger.

Erfaringer viser at mange med dårlig økonomi opplever at egenandeler er en betydelig belastning for økonomien. Dette kan medføre at enkelte ser seg tvunget til å velge bort nødvendig behandling av økonomiske grunner. En slik situasjon er uholdbar og FFO mener dette strider mot prinsippet om likeverdig tilgang til helsetjenester som skal være uavhengig av personlig økonomi. FFO mener at høye

egenandeler kan medvirke til å sementere sosiale helsehelseforskjeller i befolkningen.

På denne bakgrunn ber FFO Regjeringen om at egenandelstak 1 reduseres til kr 1.500. Provenyvirkningen av en slik reduksjon vil være på 255 mill kroner sammenlignet med Regjeringens budsjettforslag for 2009.

Egenandelstak-2

FFO mener at det er et behov for å inkludere flere tjenester i tak -2 ordningen. Eksempelvis vil utgifter til dekning av visse legemidler på hvit resept, utgifter til dekning av nødvendig fotterapi for pasienter med diabetes, og egenandeler i forbindelse med refusjonsberettiget tannbehandling, være aktuelle områder for et utvidet tak-2.

Når det gjelder fotterapi er slik behandling nødvendig for mange med diabetes for å unngå fotamputasjon, og er således en svært viktig behandling for denne pasientgruppen. Dette er en kostbar behandling som mange ikke har råd til. FFO mener at det er svært uheldig at slik nødvendig forebyggende behandling ikke fanges opp av skjermingsordningene og vil be om at dette inkluderes i tak-2 ordningen.

FFO mener videre at visse typer legemidler på hvit resept må tas inn i tak-2 ordningen. Dette dreier som om medisiner som er relatert til kronisk sykdom og behandlingen av den. Eksempel på medikamenter som ikke er på blå resept er blodfortynnende medisiner til hjertepasienter, og medisiner til smertelindring som store pasientgrupper er avhengig av.

FFO mener at så lenge medisinbruken er relatert til og brukes som en konsekvens av den kroniske tilstanden, må brukeren skjermes for denne kostnaden, og ber derfor Regjeringen foreta en vurdering av hvilke typer medisiner som kan inngå i skjermingsordningen.

1. januar 2008 trådte det i kraft en ny forskrift om refusjonsberettiget tannbehandling, der tannbehandling som ble refundert etter bidragsordningen nå er overført til § 5-6 i folketrygdloven. Dette har vært et veldig bra grep som har gitt pasientene bedre rettigheter. Selv om denne omleggingen har vært et positiv tiltak må pasienter som får refusjonsberettiget tannbehandling fortsatt betale både egenandeler og mellomlegg mellom refasjonstakst og den faktiske utgiften.

Mange med rettigheter til refusjonsberettiget tannbehandling har store utgifter til egenandeler også på andre egenbetalingsområder, og samlet sett kan dette således utgjøre en betydelig utgift for mange med funksjonshemminger og kroniske sykdommer. For å skjerme disse gruppene mener FFO at all refusjonsberettiget tannbehandling bør inngå i tak-2 ordningen, slik som tannkjøtt sykdommer allerede gjør i dag.

FFO var skuffet over at Regjeringen økte innslagspunktet fra 2.500 kr til 2.560 kr i forbindelse med statsbudsjettet for 2009 og ber om at egenandelstak-2 reduseres til 2008 nivå på 2.500 kroner.

Kommunale egenandeler

FFO er opptatt av nødvendigheten av å se egenandeler i sammenheng. Kommunale egenandeler må ses i en sammenheng med de øvrige egenandelene, fordi de utgjør en betydelig utgift for mange brukere.

Stortinget la i 2003 til grunn at også kommunale egenandeler skulle vurderes tatt inn under tak-2 ordningen. I Innst.O.nr. 44 (2002 – 2003) uttalte Stortinget:

”Stortinget ber Regjeringen i samarbeid med brukerorganisasjonene og senest i forbindelse med statsbudsjettet for 2004 fremme en sak om hvilke og hvordan kommunale egenandeler kan innlemmes i tak-2 ordningen.”

Stortingets merknad er ikke blitt fulgt opp, men departementet har konkludert med at det av ulike grunner ikke er ønskelig å innlemme kommunale egenandeler i tak-2 ordningen.

FFO gjennomførte i 2002 stikkprøver i noen få kommuner som viser at enkelte kommuner har øket egenandelene på kommunale tjenester kraftig. Dette får konsekvenser for funksjonshemmede som trenger mye praktisk bistand for å leve et aktivt og selvstendig liv. Det er viktig å være klar over at kommunale egenandeler kommer på toppen av det brukerne betaler innenfor etablerte statlige skjermingsordninger. Den kommunale politikken når det gjelder gebyrer og egenandeler har de siste årene vist at dette området er en viktig inntektskilde for mange kommuner.

I en representativ undersøkelse utført av MMI på oppdrag av FFO høsten 2005, svarte hele 74 % av respondentene at de ønsket at kommunale egenandeler bør inngå i en nasjonal skjermingsordning.

FFO vil også vise til ECON rapport 2006-075 ”Egenandeler på sosiale tjenester i kommunene”, hvor det vises til at:

”knappt en femtedel av kommunene har oppgitt at de har satt et øvre betalingstak for alle de 12 sosiale tjenestene (vi har dekket i denne undersøkelsen) samlet”.

Rapporten viser også at den månedlige utgiften til egenandeler for sosiale tjenester i kommunene varierer fra ca 300 kroner til 1200 kroner. FFO mener at rapporten avdekker store ulikheter mellom kommunene. I prinsippet burde egenandelsnivået være likt i alle kommuner. FFO mener at det må utvikles skjermingsordninger for kommunale egenandeler.

Refusjonsordninger i forbindelse med helsehjelp innenfor EU/EØS

EU kommisjonen la sommeren 2008 fram et direktivforslag om grensekryssende helsetjenester innen EØS området. Forslaget innebærer at alle borgere innen EØS området kan søke helsehjelp i et annet EØS land enn der en er bosatt, og få dekket kostnadene etter visse vilkår.

Slik det legges opp til i direktivet, må de som søker behandling i et annet EØS land selv betale kostnaden, og søke refusjon for utgiftene i etterkant. Det vil imidlertid være pasienter som ønsker behandling i utlandet som ikke har den økonomisk evne til å kunne legge ut for behandlingskostnadene, eller langt mindre kunne ta en risiko i forhold til å kanskje ikke få refundert utgiftene. I et slikt perspektiv mener FFO at det må etableres en eller annen form forhåndsgodkjenning eller refusjonsgaranti. I tilknytning til en slik forhåndsgodkjenning eller forhåndsgaranti, bør det også etableres en ordning der oppgjøret for behandlingen kan gjøres mellom behandlingsstedet og pasientens hjemland. Ved å etablere en slik ordning blir det ikke nødvendig å pålegge pasientene å legge ut for behandlingen selv. Dette vil kunne medvirke til at alle vil kunne benytte seg av muligheten til behandling i utlandet.

For å understreke behovet for å finne ordninger som gjør at alle skal ha lik rett til behandling uavhengig av økonomisk evne, vil FFO vise til St.meld.nr.20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, hvor regjeringen har som uttalt mål å bygge ned sosiale helseforskjeller. Dersom dette skal være en styrende politisk målsetting er det nødvendig at alle gis lik mulighet til behandling, også i utlandet.

Ferietilskuddsordning

I funksjonshemmedes organisasjoner har det lenge vært erkjent at mulighetene til reiser og ferie for mange funksjonshemmede og kronisk syke har vært små, både på grunn av økonomi og av mer praktiske årsaker som mangel på tilrettelagte ferietilbud. At dette samsvarer med virkeligheten bekreftes i ECONs undersøkelse gjennomført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, *Ferievaner blant personer med store bistandsbehov* (Rapport 2005-030). Funnene viser at personer med store bistandsbehov reiser mindre på ferie enn befolkningen for øvrig og årsaken synes først og fremst å være dårlig økonomi.

Utredningen fra ECON konkluderer med en anbefaling om en ferietilskuddsordning for personer med store bistandsbehov finansiert gjennom folketrygden. I forslag til statsbudsjettet for 2008 viste departementet til at det vil være vanskelig å etablere en slik støtteordning, med begrunnelse om at det også er andre økonomisk vanskeligstilte grupper som reiser mindre på ferie enn andre.

FFO ser problemet knyttet til en forskjellsbehandling mellom vanskeligstilte grupper. Når det gjelder ferie for personer med store bistandsbehov er det imidlertid merkostnadene på grunn av funksjonshemning eller sykdom som bør være avgjørende for tildeling av et slikt tilskudd. Slike merkostnader kan skyldes behov for ledsager, nødvendighet for store hotellrom på grunn av hjelpemidler osv.

Departementet viser i 2008 til Arbeids- og inkluderingsdepartementets tilskuddsordning (et ansvar som nå ligger til Barne- og likestillingsdepartementet) til ferie- og velferdstilbud for personer med nedsatt funksjonsevne, som er målrettet mer mot sommerleirer for barn med særskilt store hjelpebehov. Dette er et positivt tiltak, men dekker ikke samme formål eller gruppen som helhet, slik en egen ferietilskuddsordning vil gjøre.

I budsjettforslaget for 2009 kommenteres ikke denne saken.

Opposisjonspartiene på Stortinget har i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2008 bedt Regjeringen om å vurdere saken på nytt. Dette forslaget er gjentatt fra KrF i forbindelse med behandlingen av budsjettet for 2009:

Dette medlemmet ber Regjeringen komme til Stortinget med en ny vurdering av problemstillingen, der utgifter til reise, lønn og opphold til ledsagere/pleiere er tatt med i vurderingen.

(Budsjett-innst.S.nr.11 (2008-2009))

FFO ber Regjeringen følge opp dette og etablere en egen ferietilskuddsordning for personer med store bistandsbehov fra og med 2010.

Sterkere økonomisk satsing på habilitering og rehabilitering

Med Regjeringens forslag til statsbudsjett for 2009 ble satsingen på habilitering og rehabilitering nok en gang utsatt. Forslaget sikrer ikke at det går en eneste ekstra krone til habilitering eller rehabilitering neste år. Det betyr at Regjeringen ikke innfrir sitt løfte om å sikre opptrening og rehabilitering til alle som trenger det.

FFO ber om at det i statsbudsjettet for 2010 gjøres en betydelig økonomisk prioritering slik at den nødvendige satsingen og styrkingen av habilitering og rehabilitering lar seg gjennomføre. FFO ønsker å vise til at en samlet Helse- og omsorgskomiteé i Budsjett innstilling S.nr. 11 (2008-2009) uttaler:

"Komiteen mener alle som trenger det, skal sikres rehabilitering og opptrening. God rehabilitering og opptrening er av stor betydning for den enkelte pasient, samtidig som det vil gi solide gevinster for samfunnet gjennom å redusere behovet for nye sykehusopphold."

Tilsvarende vedtak ble også fattet i Budsjett innstilling S.nr. 11 (2007-2008) og FFO mener, i likhet med Helse- og omsorgskomiteen, at habilitering og rehabilitering må bli det neste store satsingsområdet i helsesektoren og ber om at det i Regjeringens budsjettforslag for 2010 settes av midler til en økonomisk opptrappingsplan. I lys av dette og den tidligere fremlagte nasjonale strategien for området, er det avgjørende med økte bevilgninger for at satsingen skal bli reel. FFO frykter at den manglende prioriteringen av rehabiliteringsfeltet vil vedvare uten en særskilt bevilgning og en forpliktende opptrappingsplan.

Kommunene har hatt en lovpålagt plikt til å tilby habilitering og rehabilitering siden 80-tallet. Nå 20 år senere, er det mange kommuner som fortsatt ikke oppfyller denne plikten. FFO ber Regjeringen sørge for at kommunene tar det ansvaret de har for å tilby habilitering og rehabilitering, samt at det rapporteres årlig om behov og kapasitet i den enkelte kommune. I denne sammenheng vil FFO minne om at denne plikten også omfatter tilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

FFO er tilfreds med det nå er nedsatt et tverrdirektoralt forum som en del av oppfølgingen av den nasjonale strategien. Samarbeid på tvers er en forutsetning for at strategien skal lykkes. Habilitering og rehabilitering handler om langt mer enn helsetjenester. Blant annet må det inkludere tiltak knyttet til oppvekst og familie,

skole og utdanning, arbeid og tilrettelegging samt nødvendige tjenester og tiltak knyttet til egen bolig. FFO ber derfor Regjeringen sørge for at det i oppfølgingen av strategien utvikles planer som favner alle disse innsatsområdene.

Forpliktende økonomisk opptrappingsplan

For å hindre at *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering* ikke blir noe annet enn en satsing i ord, ber FFO Regjeringen om at det i forbindelse med Statsbudsjettet for 2010 utarbeides og legges frem en forpliktende økonomisk opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering.

En forpliktende oppfølging av strategien må omfatte konkrete innsatser slik at man når målet om at alle som trenger det skal få habilitering og rehabilitering. FFO ber om at det utarbeides en nasjonal og lokale handlingsplaner for habilitering og rehabilitering. Disse kan blant annet omfatte:

- kvalitet og fagutvikling på området
- økt satsing på forskning
- videreutvikling av brukermedvirkning
- en kraftig økning i omfanget av rehabiliteringsinnsatsen.

Økt satsing på forskning

En helhetlig og langsiktig forskning på kjerneinnholdet og virkningene av habilitering og rehabilitering er avgjørende for å få den nødvendige kompetansehevingen som fagfeltet trenger.

FFO ønsker å vise til anbefalingene i rapporten *"Forslag til etablering av nasjonale miljøer for forskning innen habilitering og rehabilitering"* (Rapport til Sosial- og helsedirektoratet fra forskerutvalg innen habilitering og rehabilitering, oktober 2006) som ønsker økt satsing på forskning, og at det etableres fire nasjonale sentra til å utvikle dette fagfeltet.

Det er et erkjent behov for å gi habiliterings- og rehabiliteringsområdet økt prestisje innen helsetjenesten. Dette var også ett av Regjeringens 10 sentrale punkter i "Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011" da den ble lagt frem i statsbudsjettforslaget for 2008.

"Faglig kvalitet og status knyttet til habiliterings- og rehabiliteringstjenestene skal styrkes. Det skal satses systematisk på utviklingen av kvalitet. Dette vil også bidra til å gi området økt prestisje innen helsetjenesten."

(Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011, s 5)

Det beskrives videre i den nasjonale strategien at hvis Regjeringens rehabiliteringspolitikk skal lykkes, er det behov for ytterligere forskningsinnsatser blant annet på effekt av habilitering og rehabilitering og organisering av tjenestetilbudet. I tillegg er det behov for en sterkere koordinering av den forskningen som skjer i dag på tvers av ulike fagområder.

I "Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering" foreslår Regjeringen som ett av sine tiltak for å sikre faglighet og kvalitet, å etablere et eget forskningsprogram for habilitering i rehabilitering i Norges Forskningsråd. Dette forslaget ble ikke fulgt opp i budsjettet da planen ble lagt frem i 2008, og følges heller ikke opp i budsjettet for

2009. FFO mener at det i budsjettet for 2010 må legges til rette for økt forskning på habilitering g rehabilitering.

Egenandeler på opptrening

Reglene om egenandeler på rehabilitering og opptrening på private institusjoner er ikke endret etter at finansieringsansvaret ble overført til de regionale helseforetakene. Det innebærer at opphold ved en privat rehabiliteringsinstitusjon skiller seg fra øvrige døgnopphold i spesialisthelsetjenesten. Egenandelen utgjør i dag kr 123,- pr døgn. Dette gjelder ordinære plasser som kjøpes av regionale foretak med unntak av de institusjonene som er godkjent som sykehus og "de fire spesielle" opptreningstilbudene (Attføringssentret i Rauland, Hernes institutt, Beitostølen Helsesportsenter og Valnesfjord Rehabiliteringssenter).

Det faktum at institusjonene i dag også selger plasser via andre statlige ordninger, skaper ytterligere ulikheter. En pasient som får opphold via ordningen "Raskere tilbake" betaler ikke egenandel. Tilbudene skal i begge tilfeller utformes ut fra individuelle behov for helhetlig rehabilitering, og kan i prinsippet være likt. Oppholdene reguleres imidlertid med utgangspunkt i to ulike statlige regelverk.

Hvorvidt en pasient får rehabiliteringstilbud ved et lokalt helseforetak eller ved en privat institusjon kan like gjerne være et resultat at den interne funksjonsfordelingen i spesialisthelsetjenesten så vel som vedkommendes behov. Det er urimelig at pasienter skal bære økonomiske konsekvenser av spesialisthelsetjenestens valg av organisering. Praksisen harmonerer heller ikke med målet om likeverdighet mellom aktører på samme tjenestenivå.

Et ytterligere eksempel på at dette bør gjennomgås, er at tidligere private institusjoner som nå er innlemmet i helseforetak, fortsatt innkasserer egenandeler.

Kravet om egenandel kan også medføre utilsiktede konsekvenser i form av sosial ulikhet i helse. En pasients økonomi må ikke være et hinder for å få døgnrehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Av fastlegene er det 37 % som sier at egenandeler er hindring for å benytte tilbudet i "meget" og "ganske stor grad".

Den departementsoppnevnte arbeidsgruppen som utarbeidet forslag til organisering og finansiering av institusjonene i forkant av overgangen fra Rikstrykdeverket til RHF, juni 2002, pekte også på denne problemstillingen. De sa følgende:

"Dersom en kommer fram til en løsning der det regionale helseforetaket kjøper tjenester for å yte befolkningen nødvendig helsehjelp, og at disse tjenester blir å anse som spesialisthelsetjenester, vil det kunne utløse et press mot egenandelene. Pasientene/brukerne vil foretrekke tjenester som en ikke må betale egenandeler for, og det kan trolig oppleves som urettferdig at det skal betales egenandel for opphold når disse er i opptrening sin institusjon, men ikke dersom opphold er i andre institusjoner som tilbyr spesialisthelsetjenester."

De konkluderer med at dersom institusjonene blir en del av tilbudet fra spesialisthelsetjenesten, må dette forholdet drøftes.

FFO ber Regjeringen harmonisere regelverket ved at egenandelene fjernes for opphold i privat rehabiliteringsinstitusjon. Det vil være en naturlig følge av at tilbudet

er en del av spesialisthelsetjenesten. FFO ber om at egenandelene ved private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner fjernes.

Økt bevilgning til statlige behandlingsreiser slik at flere får dette tilbud

Forskning viser at behandling i varmere strøk er svært gunstig for flere grupper av kronisk syke, for eksempel mennesker som lever med muskel- og skjelettsykdommer. I 2007 fikk kun 52 % av de som søkte om behandlingsreise, innvilget reise. 2008 ligger an til samme avslagsprosent. I tillegg lar mange være å søke fordi de forventer at de ikke får plass. Behovet for denne type behandling er derfor i realiteten langt større enn tilbudet og det antall søknader viser. Konsekvensen for den enkelte av å ikke få innvilget reise, kan føre til flere sykmeldinger og mulige ufrivillige uførhetstrygder. For de som allerede er uførhetstrygdet kan det føre til mer bruk av medikamenter og andre helsetjenester.

FFO ber derfor Regjeringen om å øke bevilgningen til statlige behandlingsreiser slik at flere pasienter som trenger denne type behandling kan bli omfattet av tilbudet.

Styrking av alle deler av rehabiliteringen

FFO ber om at Regjeringen styrker alle deler av rehabiliteringen, noe som er i tråd med Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering. En svært viktig del i rehabiliteringen er pasientopplæringen som i dag verken er tilstrekkelig verdsatt eller finansiert. Lærings- og mestringsssentrene (LMS) fungerer både som en del av et rehabiliteringsløp, og som en forlengelse av et. LMS er en arena hvor fagfolkene ikke er enerådende, men et sted hvor også brukerne bidrar aktivt. LMS er også et eksempel på god samhandling og et tiltak for samarbeid mellom fagfolk fra spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og erfarne brukere.

Brukerorganisasjonene har bred kunnskap om det å leve med en funksjonsnedsettelse. Mange av organisasjonene tilbyr ulike former for rehabiliteringskurs og likemannsarbeid. Likemannsarbeidet er et av målene for rehabilitering for å fremme meningsfull deltakelse sosialt og i samfunnet.

FFO mener likemannsrehabiliteringen i regi av brukerorganisasjonene må styrkes slik at alle som har behov for rehabilitering får et tilbud om det. FFO ber derfor Regjeringen utrede endringer i henvisningsrutinene som fører til en økt bruk av organisasjonenes likemannsapparat i rehabiliteringen. FFO ber dessuten om at Regjeringen sørge for en finansieringsordning som fullfinansierer tilbud som gis i regi av brukerorganisasjonene.

FFO er svært opptatt av å ivareta, og videreutvikle pasientopplæringen slik at den blir et tilbud til mange flere en det som er tilfellet i dag. Det er en kjensgjerning at de fleste kronikere behandles i primærhelsetjenesten, derfor mener FFO at det bør utvikles et tilbud om pasientopplæring også i primærhelsetjenesten, i tillegg til det tilbudet som gis i spesialisthelsetjenesten. FFO mener et slikt tilbud bør vurderes etablert ved å opprette kommunale lærings- og mestringsssentre.

Forebygging

FFO vil ha større satsning på det lokale forebyggingsarbeidet. Mange kroniske sykdommer kan i mange tilfeller forebygges, og i tillegg vil forebyggende tiltak virke rehabiliterende for mange som allerede er blitt syke. Et effektivt forebyggingsarbeid er imidlertid avhengig av gode strukturelle tiltak og ressurser. Det krever stor innsats både fra og rundt den enkelte for å få utnyttet det potensialet som ligger i forebygging. Selv om det finnes flere gode lokale tiltak, som f. eks partnerskap for folkehelse, mener FFO at det mangler en helhetlig organisering av det lokale forebyggingsarbeidet.

FFO mener primærhelsetjenesten må spille en større og mer reell rolle i det lokale forebyggingsarbeidet. Det kreves helhetlige og gjennomgripende strukturelle tiltak, både i kraft av økte ressurser, økt kompetanse og bedre organisering. Helse- og omsorgsdepartementet peker i forslag til statsbudsjettet for 2009 på at de noe spredte tiltakene helsetjenesten har satt inn i det forebyggende arbeidet rettet mot høyrisikogrupper, ikke har gitt den ønskede effekten.

"Det er en utfordring å sikre at lavterskeltilbud innen fysisk aktivitet, kosthold, røykeavvenning, mv. samordnes med den ordinære kommunale helsetjenesten slik at tilbudet framstår som helhetlig overfor pasienter og brukergrupper. Folkehelsearbeidet må forankres bredt og tverrsektorielt. Særlig vil frivillig sektor være en viktig samarbeidsarena".

(St.prp.nr.1 2008-2009).

Denne erkjennelsen burde vært fulgt opp av en langt større lokal satsning og FFO ber Regjeringen sørge for en gjennomgripende lokal nyorganisering av det lokale folkehelsearbeidet. Dette vil kreve flere stillinger og ressurser i den lokale primærhelsetjenesten og andre sektorer lokalt, slik at det blir mulig å jobbe mer systematisk med forebyggende tiltak.

Det må satses bredt på råd og oppfølging av alle grupper i alle aldre. Det er vesentlig at alle som trenger råd og oppfølging når det gjelder kosthold og fysisk aktivitet tilbys dette uavhengig av om de kvalifiserer til grønn resept eller ikke. Det er også vesentlig at tiltak og tilbud er tilgjengelige i nærmiljøet og til lave kostnader.

Å sette inn ressurser lokalt vil redusere presset på dyr og omfattende behandling i spesialisthelsetjenesten, og ikke minst – spare mange fra å få sykdomme som kan forebygges.

Handlingsplan for bedre kosthold

Regjeringen la i 2006 fram en tverrdepartemental handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007 – 2011). Handlingsplanen beskriver en rekke tiltak for bedre kosthold i befolkningen. Vi mener det er god tilnærming for å få gjennomslag hos befolkningen generelt og for å nå fram til ulike risikogrupper. FFO kan imidlertid ikke se av statsbudsjettet for 2009 at denne handlingsplanen ble fulgt opp med tilstrekkelig ressurser og ber Regjeringen sørge for at dette iverksettes i forbindelse med statsbudsjettet for 2010.

Redusert moms på frukt og grønt

I Handlingsplan for et bedre kosthold blant befolkningen er ett av målene å få oss til å spise mer frukt og grønnsaker. I september 2007 kuttet en dagligvarekjede prisene

tilsvarende momsen på frukt og grønnsaker ut året. Hensikten var å vise politikerne at fjerning av momsen er en rask måte å få folk til å spise sunnere på. Resultatene av eksperimentet er svært oppløftende. I løpet av tre måneder solgte kjeden over 3.0 millioner kilo mer frukt og grønnsaker. Kundene kjøpte i løpet av disse tre månedene 23,1 prosent mer frukt og grønnsaker sammenlignet med tilsvarende periode året før. FFO ber Regjeringen følge dette opp ved å fjerne merverdiomsetningsavgiften på frukt og grønt.

Skole og barnehage

FFO viser til Handlingsplanen for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011) der det slås fast at det er viktig å legge til rette for gode måltider og et sunt mat- og drikketilbud i barnehage og skole. Slik planen konstaterer, er et likeverdig og sunt mattilbud i barnehage og skole særlig viktig for de som kommer fra hjem hvor bevisstheten rundt kosthold og levevaner er lav. Tiltak på disse arenaene vil ha utjevne effekt på sosiale ulikheter i helse. Det er derfor viktig at det avsettes tilstrekkelige ressurser til å følge opp planen.

Regjeringen skriver i Soria Moria-erklæringen at den vil innføre en ordning med frukt og grønt i skolen og legge til rette for forsøksordninger med skolemat. Resultatet hittil er innføring av en abonnementsordning for barnetrinnet og gratis frukt og grønt til ungdomstrinnet. Det er også satt i gang forsøk med gratis frukt for barnetrinnet i utvalgte kommuner/bydeler.

Skolefruktundersøkelsen gir klare indikasjoner på at skolefrukt gjør elevene med opplagte, og at elever som får frukt på skolen, også spiser mer frukt hjemme. Lærere på skoler som har gratis frukt, er klart mer fornøyde med skolefruktordningen enn de er på skoler med abonnementsordning¹. FFO ber Regjeringen innføre gratis frukt og grønt for alle elever i grunnskolen.

Fysisk aktivitet i skolen

Det ble i 2007 avsluttet et treårig prosjekt, "Fysisk aktivitet og måltider i skolen". Skolene som deltok hadde valgt ulike modeller for å gjennomføre både en 60 minutters daglig aktivitet og gode rammer for skolemåltidet. De største utfordringene underveis var å få nok tid til å innfri kravene innenfor eksisterende tidsramme. Skolene meldte også om en del fysiske utfordringer ikke minst mangel på areal til kantine, matlaging og oppbevaring av mat. FFO mener at erfaringene fra prosjektet må videreføres og implementeres i større skala, og oppfølgingen videre må være en viktig del av folkehelsearbeidet i fylker og kommuner. Skolen er en sentral arena for å fremme gode levevaner blant barn og ungdom.

For at det skal være mulig å tilby daglig fysisk aktivitet for alle elever, er det nødvendig med god tilrettelegging. Kompetansen hos skolens ansatte må heves. Det vil omfatte både grunnutdanningen til lærere, etterutdanning og videreutdanning.

¹ (kilde: Undersøkelse om Skolefrukt, opplysningskontoret for frukt og grønt, høsten 2007).

Anmodning om møte

FFO ber med dette også snarest om et møte med politisk ledelse i departementet for å gjennomgå de spesifikke kravene for budsjettet 2010.

Med vennlig hilsen

FUNKSJONSHEMMEDES FELLESORGANISASJON

Margaret Sandøy Ramberg /s
Leder

Liv Arum
Generalsekretær

Kopi: Kontaktutvalget med Regjeringen v/barne- og likestillingsminister Anniken Huitfeldt.