



Det kongelige helse- og omsorgsdepartement  
Postboks 8011 Dep.

0030 OSLO

Deres ref.:

Dato: 21.04.2006.

Vår ref.: Sak. nr. 1621/06 Løpenr. 7938/06 Ark. G00 &30  
Saksbeh. Øyvind Hartvedt, Hedmark  
tlf. 62 54 49 04 fax. 62 54 47 46  
Terje Kind, Oppland  
Tlf. 61 28 92 33 M: 480 52 842

## **SVAR - NASJONAL HELSEPLAN 2007 - 2010 - INFORMASJON OM PROSESS OG INVITASJON TIL Å KOMME MED INNSPILL**

Viser til brev med spørsmål om å komme med innspill til nasjonal helseplan for 2007-2010. Hedmark- og Oppland fylkeskommuner har gjennom Arena Innlandet et nært samarbeid om mange saker, og vi velger i denne sammenhengen å sende dette som et felles innspill.

Innspillet bygger i hovedsak på en hørings sak som de to fylkestingene har til behandling om sykehusstrukturen ved Sykehuset Innlandet. Dette innspillet vil på grunn av tidsfaktoren være i stikkordsform, men vil bli utdypet mer når vi behandler den endelige høringen til 23. juni. Vi legger opp til å behandle høringen i felles fylkesting 21. juni.

Vi har ikke hatt mulighet til å trekke inn kommunene til dette innspillet, men vi vil i forbindelse med høringen trekke med kommuner og andre samarbeidspartnere.

Det kan se ut som departementet ønsker å legge an en nasjonal helseplan som en plan hovedsakelig for spesialisthelsetjenesten. Ut fra at det i mange deler av landet pågår strukturprosesser kan det være forståelig, men vi vil fra Hedmark og Oppland peke på at helse er vesentlig mer enn det som foregår i spesialisthelsetjenesten. En nasjonal helseplan må ha med seg viktige elementer av det som foregår innenfor andre samfunnsområder som påvirker folks helse i positiv eller negativ retning.

## **1. Noen utfordringer i et regionalt perspektiv med hovedvekt på den spesialiserte somatiske og psykiatriske helsetjenesten.**

I forhold til et helhetlig perspektiv er det viktig å ha med seg hele behandlingsskjeden fra primærlegen til spesialisthelsetjenesten på region- og landsnivå når en nasjonal helsplan skal utarbeides.

### **Primærhelsetjenesten fundamentet i helsesektoren**

Primærhelsetjenesten er ”ryggraden” i norsk helsetjeneste. Dette er slått fast i en rekke offentlige dokumenter. Følgende tall kan tjene som illustrerende eksempel på dette: Medregnet innleggelse ved sykehusene, poliklinisk undersøkelse og behandling samt konsultasjoner hos primærlege, er det nesten 2 mill ”legebesøk” i Hedmark og Oppland pr. år. Hele 85 % av disse skjer innen primærhelsetjenesten. Videre utfører hjemmesykepleien nesten 1 mill besøk pr. år, mens det finnes om lag 3600 sykehjemssenger. Til sammenligning er det vel 1400 sykehussenger i de to fylkene.

Selv om kravet til ressurser og kompetanse til disse aktivitetsområdene ikke er direkte sammenlignbare, illustrerer det bl.a. følgende:

- Primærhelsetjenesten står for den dominerende del av den brede kontaktflaten mot publikum. Det samlede helsetilbudet er derfor helt avhengig av en velfungerende primærhelsetjeneste som er dimensjonert og organisert for å fange opp det brede spekteret av behov for helsetjenester i befolkningen.
- Spesialisthelsetjenesten er et viktig og helt nødvendig ”supplement” til disse tjenestene, men kan ikke ”erstatte” den omfattende og brede aktiviteten som skjer i primærhelsetjenesten.
- Dimensjonering og organisering av spesialisthelsetjenesten må i stor grad ta sitt utgangspunkt i og være basert på primærhelsetjenestens behov for ”supplerende” tjenester.
- Avklart oppgavefordeling og velfungerende samhandling (bl.a. i forbindelse med utskrivning av behandlede pasienter, etterkontroller etc.) mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er avgjørende for å oppnå en helhetlig og individuelt tilpasset undersøkelses- og behandlingsskjede.

Dette er også understreket i Soria Moria erklæringen:

”- at samarbeidet mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten må styrkes. Kommunene skal kompenseres dersom de som følge av dette får ansvar for eventuelle nye pasientgrupper”.

### **Mer spesifikt for spesialisthelsetjenesten:**

- Tilgjengelighet – likeverd
  - Innlandets geografi, med store avstander og spredt bosetning gir helt spesielle utfordringer i forhold til tilgjengelighet og likeverd
  - Spesialisthelsetjenestens struktur og organisering
  - Dimensjonering (kapasitetsutfordringer/flaskehals)
  - Sykehusenes akuttfunksjoner og prehospitale tjenester (herunder ambulansetjeneste/syketransport)
- Helhet – fragmentering
  - Spesialiserte tjenester - Breddetilbud
  - Organisering

- Dimensjonering (eks. primærhelsetjenesten og distriktiktpsikiatriske sentra DPS og distriktsmedisinske sentra DMS-er i forhold til de høyspesialiserte sykehusjenester)
- Medisinsk teknologisk utvikling – ressurser (kompetanse/økonomi)
  - Behov for klarere prioriteringer (Økende gap mellom medisinsk/teknologiske og ressursmessige muligheter – prioriteringsmessige utfordringer – etiske dilemma?)
- Brukerorientering
  - Bruker-/pasient-/innbyggerinnflytelse - kvalitet på brukernes premisser/opplevd kvalitet – faglig kvalitet
  - Individrettet helsetilbud – fremmedgjøring - trygghet
  - Helhetsorientering (”det hele menneske”) – høyspesialiserte tilbud (å ”behandle sykdommer” kontra å ”behandle mennesker”)
- Spesialisthelsetjenesten som primærhelsetjenestens forlengede arm
  - Primærhelsetjenesten basis i norsk helsetjeneste
  - Ansvarsavklaring
    - Oppgavefordeling (Spes. h.tj – primærhelsetjenesten)
    - Ressursfordeling (bl.a. mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene)
  - Strategier for helhetlige undersøkelses- og behandlingsskjeder, herunder opplegg for faglig og administrativ samhandling
- Oppfølging av prioriterte områder:
  - Opptrappingsplan for psykiatri som vedtatt i Stortinget
    - DPS
    - Barne- og ungdomspsykiatri
    - RUS
    - Samhandling med kommunene (ansvar/oppgavefordeling/ressurser)
- Økt antall eldre, kronikere, pasienter med sammensatte lidelser – nærhetsperspektivet
- Spesialisthelsetjenestens finansiering
  - Nødvendig med bedre samsvar mellom finansieringsordning og krav om brukerorientering/helhetsperspektiv, økt andel av pasienter med sammensatte lidelser osv.
  - Bedre ivaretagelse av geografiske forhold som lange reiseavstander, spredt bosetning og behov for en desentralisert sykehusstruktur
- Spesialisthelsetjenesten i et samfunnsperspektiv
  - Spesialisthelsetjenesten som sentral del av samfunnets infrastruktur og regional drivkraft i kompetanseutvikling/næringsutvikling
  - Spesialisthelsetjenestens rolle i forebyggende helsearbeid
  - Spesialisthelsetjenesten – samarbeidende forskningsvirksomhet (helsetjenesteforskning/annen forskningsvirksomhet – regionale høyskoler/ Innlandsuniversitet osv.)

## 2. Andre perspektiver som bør vektlegges

En nasjonal helseplan må ha en helhetlig tilnærming, hvor både enkeltmenneske og fellesskap sees i sammenheng.

Trygghet for arbeid

Trygghet for egen økonomisk bæreevne

Trygghet i nærmiljøet

Trafikksikkerhet

Fysikk planlegging

Kultur

Helseinformasjon

Kostholdsvaner som etableres i hjemmet, barnehage og på skolen

Fysisk aktivitet

Vennlig hilsen



Reidar Åsgård

Fylkesrådsleder i Hedmark



Audun Tron

Fylkesordfører i Oppland

Kopi: kommuner i Hedmark og Oppland