



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.
0030 Oslo

Vår ref.: 2006/1434 - 7697/2006

Deres ref.: 200602349-
/IMN

Dato: 05.04.2006

Foreløpig innspill til høringsnotat om nasjonal helseplan (2007-2010)

Det vises til Deres brev av 14.03.06 med informasjon om prosess og invitasjon til å komme med innspill til høringsnotat om Nasjonal helseplan (2007-2010).

Opplæring, kultur og helsekomitèen i Østfold fylkesting behandlet i møtet 04.04.06 sak nr. 21/2006 om innspill til Nasjonal helseplan 2007 – 2010 og avga slik innstilling til fylkestinget:

Laveste Effektive OmsorgsNivå, det såkalte LEON-prinsippet, har vært bærende i helse- og helsetjenestepolitikken siden 70-tallet og er det fortsatt

Slik Østfold fylkeskommune ser det innebærer det at det tas utgangspunkt i at det enkelte menneske bor i eget hjem i en kommune. Hjemmet blir dermed laveste omsorgsarena, deretter kommunale institusjoner og tjenester. Unntaksvis spesialisthelsetjenesten i forbindelse med spesialisert utredning og behandling. Utviklingen i spesialisthelsetjenesten går mye etter prinsippet "fra seng til stol". Liggetid reduseres og erstattes med poliklinikk og dagbehandling. Slik vi ser det er det ikke uenighet om dette prinsippet, L'n.

Mange har imidlertid erfaringer med at dette ikke fungerer tilfredstillende. Det er ikke effektivt i betydningen at det er for liten grad av måloppfyllelse sett i forhold til den ressursinnsats som totalt brukes i helsetjenesten. E'n har ikke det nivå vi forventer. Spørsmålet som er naturlig å reise er om vi gjør de rette tingene rett. Det er dette helsepolitikken dreier seg om. I tillegg reises også spørsmålet om det som gjøres gjøres på rett OmsorgsNivå? Det fører oss inn i helsetjenestepolitikken. Er den tjenlig for å realisere helsepolitikken?

I nedenstående kulepunkter vil Østfold fylkeskommune peke på forhold som bør utredes, drøftes, presenteres og gis svar på i form av nasjonale strategier og tiltak i Nasjonal helseplan.

- Kvalitativ og kvantitativ underkapasitet i den primære helse- og omsorgstjenesten fører til unødige etterspørsel etter tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Dette er kanskje mest påtakelig innen eldreomsorgen og i psykisk helsevern.*
- Tilstrekkelige hjemmetjenester slik at målgruppen kan klare seg i egen bolig.*
- Tilrettelegging av boliger med tilnyttet service slik at målgruppen kan bo i egen bolig, selv med relativt stort behov for helse- og omsorgstjenester.*

Felles driftsadministrasjon, Fylkesdirektøren

Postadresse: Postboks 220, 1702 Sarpsborg
Kontoradresse: Oscar Pedersensvei 39, Sarpsborg
Telefon: 69 11 70 00, Telefaks: 69 11 75 50

E-post: sentralpost@ostfold-f.kommune.no
Internett:
Org.nr.:

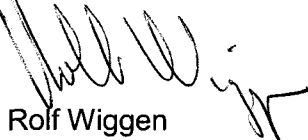
- Tilstrekkelig sykehjemsdekning inklusive lavterskeltilbud. Antall korridorpasienter i sykehusene er ofte et uttrykk for omfanget av manglende sykehjemsplasser og/eller manglende kompetanse i sykehjemmene.
- Økt fagkompetanse, spesielt leger og personale med annen rehabiliteringskompetanse, slik at behandling, omsorg og rehabilitering kan foregå i den primære helse- og omsorgstjenesten.
- Sammenligning mellom enkelte pasientgrupper mht liggetid, diagnoser og norsk sykehuskapasitet vil sannsynligvis gi indikasjon på for mange innleggelser i spesialisthelsetjenesten ikke ut fra pasientens behov men primærhelsetjenestens mangelfulle kapasitet og kompetanse.
- Ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten til den primære helse- og omsorgstjenesten vil gi økt behandlingsmulighet der og ha kompetanseoverføring som god bieffekt.
- Det bør etableres et skarpere skille mellom de tjenester som ut fra faglige vurderinger egner seg for sentralisering og de tjenester som egner seg for desentralisering og som kan kommunaliseres.
- Ovenstående punkter har spesiell relevans for eldreomsorg og psykisk helsevern.
- For psykisk helsevern er det grunn til å se nærmere på tjenestens innhold. Hva er spesialiserte tjenester og hva er tjenester som kan gis effektivt på et lavere nivå (kommunene).
- Primærlegene kan i større grad overta kontroller etter behandling i spesialisthelsetjenesten.
- Innskrenkning av legespesialisters flerfoldige arbeidsgivertilknytninger; tilsetting i HF'ene og driftsavtaler. Vanskelig styr- og kontrollerbart med to arbeidsgivere. I begge tilfeller er det trygden som betaler. Prinsippet en finansieringskilde, en arbeidsgiver, bør etterstrebes.
- Mulige utilsiktede effekter av dagens ulike eierskap til den institusjonsbaserte tjenesten (sykehjem og sykehus/DPS/DMS) og eventuelt finansieringsordningen.
- Tannhelsetjenesten bør finansieres som annen helsetjeneste. Kombinasjon av trygd og egenandel. For dagens prioriterte pasientgrupper ville det innebære lettere tilgang til tannhelsetjenester fordi både dagens offentlige og private tannhelsetjeneste ville inngå.
- Forebyggingsstrategier i spesialisthelsetjenestens mangler.
- Informasjons- og kommunikasjonssvikt i forhold til pasienter og pårørende.
- Sosioøkonomiske helseulikheter, eksempelvis dødelighet.
- Bygningsmassens betydning for god pasientlogistikk, moderne medisinsk aktivitet, faglig attraktivitet og god driftsøkonomi. Det er dyrt å være fattig på investeringsmidler. I Norge er det i tillegg dumt. Deler av statsformuen vil kunne gi god avkastning i form av bedre og billigere behandling dersom den ble investert i bygninger og utstyr.
- Utdanningen av helsepersonell skal både sikre et nødvendig kunnskaps- og ferdighetsmessig grunnlag. Den reelle kompetansens betydning er stor og økende. Akademiseringen av eksempelvis sykepleierutdanningen kan gå på bekostning av det praktiske, kliniske innholdet. Undervisningskrefter fra og nærhet til en klinisk praksis i rask utvikling er nødvendig.
- Er det mulig og tør vi foreta prioriteringer mellom ulike grupper og ulike behov i helsevesenet? Bør det utvikles retningslinjer for dette i Nasjonal helseplan?

- *Samordning av hjemmesykepleie/rehabilitering og helseforetak om "utskrivningsklare pasienter". Herunder en vurdering av behovet for en halvannen linjetjeneste.*
- *Helhetlige omsorgs- og behandlingsskjeder innen rus og psykiatri. Herunder ettervernstiltak som botrening og lignende i regi av kommunene.*
- *Hvorvidt barnevernet bør ligge i spesialhelsetjenesten, eller tillegges de nye regionene fra 2010.*
- *Vurdere en organisering hvor førstelinjetjenesten "eier" pasienten. En form for bestillerfunksjonen med kontrakt mellom helseforetak og primær/førstelinjetjenesten. Dette for å sikre at pasienten følges opp etter behandling.*

Østfold fylkeskommune har videre lagt til grunn at eventuell endring av eierskapet til de regionale helseforetakene, overføring av bestillerfunksjonen til det nye regionale forvaltningsnivået eller annet som har med den varslede forvaltningsreform å gjøre, ikke inngår i det som etterspørres, men håndteres i melding til Stortinget høsten 2006 om ansvars- og oppgavefordelingen mellom forvaltningsnivåene.

Fylkestinget i Østfold skal behandle saken i møte 27.04.06 og resultatet av denne behandlingen blir ettersendt.

Med hilsen



Rolf Wiggen
fylkesdirektør

Vedlegg: Fylkesrådmannens saksfremstilling