



FYLKESMANNEN I AUST-AGDER

Sosial- og helseavdelingen

Hjemmeside: <http://fylkesmannen.no/AA> E-post: postmottak@fmaa.no

Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

Deres ref.
/ 22.05.2006

Vår ref. (bes oppgitt ved svar)
Sak nr. 2006/3631 / ASY
Ark. nr. 730

Dato
09.06.2006

NASJONAL HELSEPLAN (2007 - 2010) - HØRINGSNOTAT

Helsetilsynet i Aust-Agder er administrativt integrert i Fylkesmannens sosial- og helseavdeling, og det gis bare en uttalelse herfra. Uttalelsen bygger på de samlede erfaringer i avdelingen.

Samhandling over forvaltningsnivåene generelt:

Vi er enig i at dette er et av de viktigste, for ikke å si det viktigste, fokusområde med hensyn på kvalitet i tjenesten.

Spesialisering i helsetjenestene er en god måte å organisere kompetanseutvikling på, men et dårlig utgangspunkt for samhandling. Helsevesenet blir mer og mer spesialisert, og det begynner å gjøre seg gjeldende også i kommunehelsetjenesten. Det er ulikt hva de enkelte kommuner vektlegger og utvikler av spesialiserte tilbud. Dette, kombinert med den kommunale frihet til å organisere tjenestene sine som de vil, øker utfordringsbildet for samhandling over forvaltningsnivåene.

En forutsetning for god samhandling over forvaltningsnivåene forutsetter at kommunene har et mottaksapparat som ikke bare har tilstrekkelig kapasitet, men også kompetanse. Få legetimer og lav kompetanse med mye omsorgsarbeidere i sykehjem øker problemene omkring såkalt ferdigbehandlede / utskrivningsklare pasienter: Klare for den ene parten, men ikke for den andre. Vi har sett flere eksempler på dette som årsak til reinnleggelser. Sykehjem må "oppgraderes" til noe mer enn "boform for heldøgns omsorg og pleie"- til medisinske behandlingsinstitusjoner i 1.linjen, og søke kompetanse deretter.

Fastlegeordningen er evaluert, men oss bekjent ikke i et perspektiv med hensyn til om intensjonene i reformen om en fast lege som "pasientens helsekoordinator" oppfylles. Vi har hatt flere til dels alvorlige tilsynssaker der fastlegen ikke har tatt ansvar for eller sett det som sin oppgave å se til at pasientens samlet sett får det helsetilbudet vedkommende bør ha eller har krav på, når pasientens egen kompetanse og muligheter til å ivareta sin helse svekkes som følge av alder og sykdom.

Individuell plan er etter hvert utarbeidet for mange brukere. Problemet ("flaskehalsen") synes etter vår vurdering i dag å ligge på kommunenes mulighet for å følge opp planarbeidet gjennom en for bruker tilgjengelig koordinator som følger opp over tid. Deltidsstillinger, permisjoner og annet fravær, og mangel på kompetent personale til å følge opp de vanskelige sakene uten at disse blir overbelastet og utbrente, er vanlige forklaringer.

IKT-løsning med sikker og entydig utveksling av informasjon mellom de respektive aktører vil etter vårt syn utgjøre det store gjennombruddet for samhandling. Dette vil gi en opplevelse av å være en tjeneste, der man unngår den til nå altfor vanlige informasjonsasymetri. Det må legges til rette for løsninger der pasient selv har tilgang til de opplysninger som er lagret om seg.

Til de enkelte kapitler:

Kap 3: Strategi for kvalitet og prioritering bør også handle om prioritering mellom innsatsområder som rekruttering, forskning, fagutvikling – og behandling. Opptrappingsplan psykisk helse er et eksempel på prioritering av en gruppe pasienter som stort sett har vært et volum- og ytelseskrav, men uten tilstrekkelig fokus på betydningen av rekruttering og utdanning av lege- og psykologspesialister.

Kap 4: se over

Kap 5: Innenfor det psykiske helsevern synes nå mangel på psykiatere og psykologspesialister å være det viktigste hinder for omstilling av DPS til aktive kompetente behandlingssentra i linje mellom akuttpsykiatri og primærhelsetjeneste.

Kap. 9.5: Som før nevnt er ikke fastlegeordningen evaluert med hensyn på det å være pasientens medisinske koordinator. Dette bør vurderes i en neste evaluering. Videre heter det at det er foreslått avsatt 3 mill til planlegging av forskningsenheter. Til dette har vi to kommentarer: De aller fleste allmennleger bruker EPJ. Dette legger til rette også for faglig forskning på praksis. For det andre bør forskning i primærhelsetjenesten ha en større målgruppe enn kun (fast)leger. Med det enorme antall trygdede på grunn av lidelser i bevegelsesapparatet skulle det vært interessant å gått nærmere inn i effekten av de ressurser som brukes innen fysioterapi, kiropraktikk mv..

Kap 10: Det spørres etter høringsinstansenes syn på hvordan fagutvikling for det enkelte helsepersonell bør ivaretas. Medarbeiderundersøkelse i Helse Sør viser at mellom 22 og 41 prosent av de ansatte har individuelle kompetanseplaner, og at mange opplever å ikke ha tilstrekkelige ferdigheter i forhold til krav (på en skala fra 1-5 svares det fra sykehusene samlet rundt 3,8- 3,9). Dette fører til slitasje over tid, og står i motsetning til hvor utbredt kompetanseplaner er. En systematisk kartlegging av arbeidssituasjon, forventninger og krav sammen med karriereplaner, bør ende ut i en kompetanseplan.

Videre bør sykehuset vurdere hvilke kompetanse de har behov for, ut fra det utfordringsbilde det enkelte sykehus ser. Det er derfor viktig å få på plass en stabil struktur med hensyn på oppgave- og funksjonsfordeling. Prioritering av eldre, kronikere og psykiatriske pasienter bør på *nasjonalt nivå ledsages av rekrutteringsprogram for utdanning av geriater og psykiatere spesielt*, men også reumatologer og nevrologer.

Kap 11: Oppgavefordeling mellom sykehus må ta høyde for de merbelastninger overføring av alvorlig syke pasienter får i form av tidsbruk (eventuelt tidsspille), påkjenning ved forflytning, bytte av personale, kontinuitet i behandling og informasjon, og mulighet for pårørende til å følge opp. Det bør vurderes om det er helsepersonell (individuelt eller som team) som bør flyttes, eller pasientene. Ordningen med pasientansvarlig lege bør vurderes i lys av om ordningen skal følge sykehus eller pasientforløp uavhengig av sykehus.

Kap 14: Som nevnt innledningsvis ser vi en fremvekst av spesialiserte tjenester og faggrupper. Også innen fagutdanningene er man nå i ferd med å etablere en rekke disipliner (helseadministrasjon, smittevern og hygiene, osv).

Nasjonal helseplan – eller helsetjenesteplan?

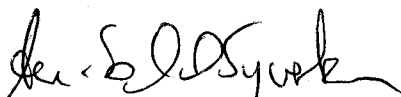
En helseplan bør ha visjoner, ambisjoner og målsettinger knyttet til befolningens helse, og den bør ha resultatmål knyttet opp mot dette. Dokumentet gir en grei gjennomgang av dagens helseutfordringer, men dette blir ikke tatt opp igjen i dokumentet. Spesielt savnes fokus på livsstilssykdommene i utforming av tjenestetilbudet. Kjønnsperspektivet er ikke nevnt.

En helsetjenesteplan har visjoner, ambisjoner og målsettinger knyttet opp til helsetjenestene som innsatsfaktor for befolkningens helse. Sverige har tradisjon for å skille mellom "friskvård" og "sjukvård". Planen bærer i det vesentlige preg av å være dette siste (en "sjukvårdsplan") og bør ha en betegnelse som avspeiler dette.

Som helsetjenesteplan er foreliggende dokument et godt utgangspunkt, selv om fokus i stor grad er på legetjenester og spesialisthelsetjeneste. Det henvises til kommende omsorgsmelding hva gjelder det kommunale helse- og omsorgstilbudet. *Det er imidlertid viktig at det samlede kommunale helsetjenestetilbudet også problematiseres og beskrives (og av grunner som nevnt ikke kun pleiebehov og omsorgstjenester), da det er store forbedringspotensialer knyttet til samhandling internt mellom alle de kommunale aktørene (fysioterapeuter, leger, hjemmetjenester og institusjon, legevakt mv). Det vises for øvrig til avsnitt om samhandling innledningsvis.*

At ikke leger søker seg til samfunnsmedisinske og andre kommunale oppgaver er et landsomfattende problem som kan stenge for god samhandling mellom de medisinske disipliner og forskjellige aktører i og utenfor kommunen. Det er derfor all grunn til at helsetjenesteplanen diskuterer dette og foreslår løsninger.

Med hilsen



Anne-Sofie D. Syvørtzen
Fylkeslege

Kopi: Sosial- og helsedirektoratet
Statens helsetilsyn