

Uttalelse fra Telemark fylkeskommune til høringsnotat om nasjonal helseplan – enstemmig vedtatt i Telemark fylkesting 19.6.06 (sak 21)

Staten ønsker fylkeskommunenes deltakelse i arbeidet med den nasjonale helseplanen. Likevel opererer man med alt for kort høringsfrist. Det er behov for økt forståelse for de prosesser som må skje i en politisk styrt organisasjon, dersom man ønsker involvering. Telemark fylkeskommune har en regionalpolitisk rolle, som vi ønsker å ta alvorlig, og som krever at vi samkjører oss med kommunene, KS og andre samarbeidspartnere. Dette er svært vanskelig innenfor den fristen som gis. Vi anmoder om at staten tar hensyn til disse forholdene når man legger opp høringsrunder for senere rullinger.

På grunn av den korte fristen har vi ikke greid å tilpasse vårt hørings svar til disposisjonen i det omfattende høringsnotatet fra departementet. Vi har i stedet delt vår uttalelse inn etter disse fem temaene, som for oss er helt sentrale; organisering, økonomi, prioritering, samhandling og folkehelse. Noen av momentene er knyttet til rapporten fra Agenda og Muusmann, som er en av de to evalueringsrapportene departementet ønsker synspunkter på i forbindelse med høringen. Til slutt i uttalelsen er det et eget punkt om høring i Helse Sør i forbindelse med sykehustilbudet i Buskerud.

Organisering

Den evalueringen av helseforetaksmodellen som Agenda og Muusmann har foretatt etter oppdrag fra departementet, støtter et fortsatt regionalt nivå. De regionale helseforetakene bør tillegges ytterligere ansvar og oppgaver, bl.a. når det gjelder helsefaglige spørsmål og IKT. For å få bedre styring bør staten vurdere om dagens inndeling i mange statlige roller og styringsformer overfor de regionale helseforetakene er hensiktsmessig. Vi støtter disse synspunktene fra Agenda og Muusmann.

Det hevdes stadig at sykehusenes interne organisering og logistikk er til hinder for en effektiv utnyttelse av ressursene. Avtaleverket med de forskjellige organisasjoner – kanskje spesielt med Den norske lægeforening – er en del av dette. Departementet bør vurdere om ikke omfattende endringer på dette området kan gi en betydelig effektiviseringsgevinst.

Personell ser ut til å bli en knapphetsfaktor i fremtiden. Vi forutsetter at departementet overvåker bemanningssituasjonen ved sykehusene og iverksetter tiltak som sikrer tilstrekkelig personell til de oppgavene som prioriteres. Den nasjonale helseplanen bør inneholde en vurdering av tilgangen på personell og hvilke konsekvenser begrensninger i arbeidskraften vil kunne medføre for tilbudet og organiseringen av dette.

Økonomi

En av de store utfordringer spesialisthelsetjenesten står overfor, er den økonomiske situasjonen og de konsekvenser statens krav til balanse kan føre til av nedbygging av tjenestetilbudet til befolkningen. Her må regjeringen følge opp sine intensjoner fra Soria Moria- erklæringen om økning av basistilskuddene til sykehusene. Vi viser til at erklæringen har et punkt om at ”sykehusene må sikres tilstrekkelige økonomiske rammer til å sikre nødvendig fornyelse av bygninger og utstyr og motvirke en utvikling med økende etterslep på

vedlikehold”. Og” at hele investeringsregimet for helseforetakene må gjennomgås med sikte på å finne gode løsninger for utbygging/modernisering uten at pasienttilbudet rammes.”

Finansiering av større byggeprosjekter har alltid vært problematisk. Slike prosjekter er så krevende at de i lange perioder virker ødeleggende for foretakenes øvrige drift og økonomi. Regjeringen bør vurdere endringer av finansieringsordningen for større sykehusprosjekter, slik at foretak som skal gjennomføre slike, kan ha en stabil økonomi hvor driftsnivået kan holdes på et forutsigbart og akseptabelt nivå.

I årlig melding til departementet uttrykker Helse Sør at faktorer som tilgang på kompetent behandlingspersonell og tilgjengelig og tilrettelagt infrastruktur er viktig. Her har staten et overordnet og viktig ansvar. Det hjelper lite med ny teknologi hvis man ikke har kompetent personell og en infrastruktur som kan utnytte utstyr og personell på en hensiktsmessig måte.

Vi mener det er viktig at sykehusene foretar nødvendige investeringer for å nyttiggjøre seg ny teknologi – bl.a. når det gjelder elektronisk infrastruktur. Forslaget i høringsnotatet om videreutvikling av et felles nasjonalt IKT- nett som omfatter de sentrale helse- og trygdeaktører, er et viktig skritt i riktig retning. I denne forbindelse vil vi understreke viktigheten av at personvernet ivaretas.

Prioritering

Det er ved flere anledninger utredet prioritering av helsetjenester uten at disse er fulgt opp i særlig grad. Parolen er fortsatt ”prioriter alt så godt dere kan”. Ikke minst hver gang enkeltsaker og pasientgrupper kommer på dagsorden, er ikke lenger viljen til å velge til stede.

Organisering og økonomiske oppgjørordninger må understøtte de prioriteringer som gjøres. Erfaringen har vist at spesielt oppgjørordningene faktisk undergraver prioriteringene. Eksempelvis er ikke psykiatri og tilbudet til kronikerne fulgt opp slik som en uttalt prioritering skulle forvente. Dessuten er ventelistene redusert stort sett på de enkle lidelsene med bruk av betydelige ressurser, mens så ikke ser ut til å være tilfellet når det gjelder behandling av de alvorligste lidelsene. Regjeringen bør vurdere en langt tydeligere prioritering, som viser hva det offentlige helsevesen vil komme til å kunne ta seg av i fremtiden og hva den enkelte borger må søke løst utenfor det offentlige helsevesen.

Soria Moria- erklæringen uttrykker behov for å styrke kapasiteten i rusomsorgen – både når det gjelder forebygging, behandling, oppfølging, rehabilitering, omsorg og ettervern. Det vil være behov for en rekke nye tiltak slik som lavterskel, ressursentra, arbeidstreningsplasser, boligtilbud og en rekke andre tilbud i kommunene. Dette vil regjeringen gjøre gjennom en opptrappingsplan for rusfeltet for å samordne og forsterke innsatsen overfor rusmiddelavhengige. Dette henger i høy grad sammen med samarbeidet mellom forvaltningsnivåene, noe fylkeskommunene er opptatt av. Nå som russektoren på annenlinjenivå er knyttet til helse, er vi redd for at tilbudet til rusmisbrukere nedprioriteres til fordel for somatiske pasienter. Dette bør omfattes av spesiell oppmerksomhet fra statens side.

Det er mange viktige tilbud som ikke omfattes av den innsatsstyrte finansieringen, og som derfor risikerer ikke å bli prioritert. Foruten psykiatri og tilbud til rusmisbrukere og kronikere gjelder dette bl.a. forebyggende arbeid, ambulant virksomhet, kompetanseoppbygging både for ansatte, pasienter og pårørende og samhandling generelt. Det blir spesielle utfordringer framover for tilbudet til eldre etter hvert som alderssammensetningen endrer seg, som vi er

redd ikke fanges opp av finansieringsordningen. Vi er også opptatt av at ordningen ikke må medføre at kvaliteten blir skadelidende.

Psykiatrien møter stadig større utfordringer. Presseoppslag viser at det i Telemark er et stadig større sprik mellom tilbud og etterspørsel når det gjelder barne- og ungdomspsykiatri. Og at det er katastrofal mangel på barne- og ungdomspsykiatere. Regjeringen uttrykker i Soria Moria- erklæringen at det vil være en prioritert oppgave å styrke tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Dette har vært uttrykt politikk gjennom mange år, jf opptrappingsplanen for psykiatri. Det er bl.a. behov for å forbedre situasjonen innen akuttpsykiatrien. Det skal særlig legges vekt på barne- og ungdomspsykiatri med styrking av både døgnbehandling og poliklinisk arbeid.

Vi synes det er sterkt foruroligende at det er somatikken som stikker av med det meste av ressursøkningen etter at staten overtok sykehusene. Det går fram av figuren i vedlegg 3 til fylkestingsaken, som er hentet fra utredningen fra Agenda og Muusmann (fig 3.4). Figuren viser at den reelle kostnadsøkningen til somatikk på landsbasis var på 13 % i løpet av tre år fra 2001 til 2004. Og da er det korrigert for vanlig lønns- og prisstigning. Den store økningen til somatikk fra 2000 til 2001 på 5 % mener vi har nær sammenheng med de retningslinjene som kom fra staten i forbindelse med reformen om at de underskudd sykehusene opparbeidet, skulle bli igjen i fylkekommunene. Vi ble det siste året vi hadde ansvaret fratatt det viktigste styringsinstrumentet vi hadde overfor sykehusene, nemlig at de ble pålagt senere å dekke inn sine underskudd.

Vi ser at utgiftsøkningen i psykiatri fulgte utviklingen i somatikk mens fylkeskommunene hadde ansvaret. Men at utgiftsøkningen til psykiatri ble lavere enn til somatikk når staten overtok. Det hjelper lite at helseministeren krever at tilbudet til psykiatrien skal prioriteres, når det er somatikken som får ekstratilskudd pr pasient. Og når sykehusene skal spare, er det begrenset hva de kan spare i somatikken uten at inntektene går ned. Og da er det igjen en fare for at det er tilbudet til psykiatriske pasienter, rusmisbrukere og kronikere som blir skadelidende, samtidig som sykehusene forsøker å øke produksjonen ytterligere for de lønnsomme pasientene.

Når staten innfører et system med sterke økonomiske drivkrefter, må man regne med at dette blir utnyttet, og at sykehus med trange budsjetttrammer blir fristet til å tenke mer på hva som er økonomisk lønnsomt enn på hvilke pasientgrupper som har størst behov for behandling. Staten bør sørge for samsvar mellom det man sier skal prioriteres og de økonomiske insentivene. Ellers vil staten aldri oppnå sine egne målsettinger, for sykehusene kommer ikke unna at det skal være økonomisk balanse. Vi ber derfor staten justere finansieringsordningene, slik at de understøtter de prioriteringene staten selv vedtar.

Agenda og Muusmann peker på at den store økningen i ressursbruk etter sykehusreformen skyldes en uforholdsmessig stor lønnsutvikling og dyrere utstyr i tillegg til en stor vekst i aktiviteten. Men det konstateres i rapporten at aktivitetsøkningen satte i gang før sykehusreformen, og at denne ikke på noen markant måte kan sies å være annerledes i årene etter sykehusreformen enn i perioden før reformen.

Dette er i tråd med det professor i helseøkonomi Terje P Hagen nettopp har uttalt til Aftenposten 19. mai i år. Han stiller seg tvilende til at reduserte ventelister i første rekke er sykehusreformens fortjeneste, siden de er gått ned fra 1999, to år før reformen. Og han sier at styringsproblemene med sykehusene ikke er redusert som følge av reformen.

Vi konstaterer at de grunnleggende problemene med styring av helsesektoren er der fortsatt.

Samhandling

God samlet utnyttelse av helsetilbudene får vi bare ved god samhandling. Staten må legge til rette for og stimulere til dette. Vi er glad for at departementet fremhever samhandling i sitt høringsnotat, og vi ser det som et signal på at dette aspektet vil stå enda mer sentralt i tiden fremover.

Dialogkonferanser eller samfunnspanel vil være et viktig redskap for å komme fram til hvordan man kan styrke og videreutvikle samhandling mellom helseforetak og kommuner og fylkeskommuner til pasientenes beste. Vi mener dette bør følges opp av departementet.

Soria Moria- erklæringen sier at samarbeidet mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten må styrkes. Det er vi svært opptatt av. Dette betyr mye for befolkningens trygghet for at tilbudet skal være der når behovet oppstår. Det innebærer også at lokalsykehusenes evne til å tilby alminnelige tjenester og akutttilbud må opprettholdes.

På side 53 i høringsnotatet står det at det kan synes som det er lite samordning av sykehustilbudet på tvers av regiongrensene, med risiko for at det på enkelte områder kan føre til overkapasitet og oppbygging av parallelle tilbud. Dette bør utdypes nærmere. I den debatten departementet trakk opp for et par år siden om samordning av sykehusene i Oslo-området, hevdet departementet at det var enorme beløp å hente på slik samordning. Vi har store forventninger til at staten, som nå er eiere av sykehusene, greier å koordinere driften av sine egne sykehus – også på tvers av regiongrensene. Dette var jo et sentralt argument for å gjennomføre reformen. Vi forventer derfor at det i denne sammenheng hentes ut betydelige beløp, som kan være med å trykke sykehusdriften i distriktene.

Under pkt 7.5 står det litt om samarbeid og produktutvikling mellom næringsliv og helsesektor. Dette temaet bør forsterkes. Fylkeskommunen er også opptatt av at lokalsykehusene sammen med helseforetakene må spille en sterkere rolle i helsetjenesteforskning i samarbeid med universitetssykehusene.

Lokalsykehusenes funksjon må avklares slik at deres oppgaver og eksistens ikke trekkes i tvil ved enhver budsjettbehandling. Departementet bør videre vurdere potensialet som lokalsykehusene bør ha som serviceorganisasjon for de større sykehusene overfor befolkningen på en rekke områder. Helse Sør har utarbeidet en rapport om lokalsykehusfunksjonen i regionen, som de foreslår skal legges til grunn for videre utvikling.

Det er gledelig at KS i vår region har etablert et helsedialogprosjekt sammen med Helse Sør, som bl.a. har som formål å styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Dette tiltaket er nedfelt i Folkehelseprogrammet i Telemark.

Folkehelse

En god utnyttelse av de samlede ressursene forutsetter at vi alle har fokus på folkehelse og forebyggende arbeid. Spesialisthelsetjenesten har en viktig rolle i helsefremmende og forebyggende arbeid gitt gjennom Lov om spesialisthelsetjenesten, der det fremgår av formålsparagrafen at tjenestene blant annet skal fremme folkehelsen og motvirke sykdom,

skade, lidelse og funksjonshemming, samt veilede primærhelsetjenesten. I forarbeidene til loven ble det forebyggende og helsefremmende arbeidet fremhevet. I lov om helseforetak og i vedtektene for de regionale helseforetakene følges dette opp.

I folkehelsemeldingen – Stortingsmelding nr 16 – har sentrale myndigheter også utfordret fylkeskommunene til å sette seg i førersetet og koordinere samarbeidet om folkehelse. Telemark fylkeskommune har engasjert seg sterkt i folkehelsearbeidet. Fylkestinget har vedtatt et eget folkehelseprogram og opprettet partnerskap med 12 aktører – bl.a. Helse Sør, fylkesmannen, kommuner, høgskolen i Telemark, politiet og frivillige organisasjoner.

Spesialisthelsetjenestens personell er i seg selv en betydelig ressurs i det forebyggende arbeidet. Sykehusene er store og tunge kunnskapsorganisasjoner, som har mye kunnskap om risikofaktorer for sykdom, faktorer som reduserer sykdomsutvikling og utvikling av sykdomsbildet i befolkningen (epidemiologi). Dette kan gi viktige bidrag i det primærforebyggende arbeidet, men viktigst i det sekundærforebyggende. Det bør bli en bedre utnyttelse av de sykehusansattes kompetanse i samhandling med andre aktører. De sykehusansattes hverdag gir i dag liten mulighet til det. Departementet bør vurdere hvordan dette kan bedres.

Sykehusansatte møter de som allerede har et helseproblem, og denne kontakten gir dem den beste muligheten til å informere og veilede om forhold som påvirker helse og sykdomsutvikling. Vi ser svært positivt på at det ved flere sykehus etableres lærings- og mestringssentre, som koordinerer opplæringsstilbud direkte til pasienter for bl.a. å hindre tilbakefall.

Spesialisthelsetjenesten har også et spesielt ansvar gjennom Smittevernloven og forskriftene til denne. En kartlegging gjort av Sintef Unimed i Midt-Norge viser imidlertid at sykehusene bare i svært begrenset grad driver med kompetanseoverføring og veiledning til kommunene på forebyggingsfeltet med utgangspunkt i epidemiologisk data. Departementet bør følge opp dette.

Vi mener at spesialisthelsetjenesten i folkehelsesammenheng må legge vekt på å:

- Følge utviklingen og overvåke sykdomsbildet i regionen. Dette er et viktig grunnlag for forebyggende tiltak.
- Bidra med data, oversikter, registre og kunnskap om risikofaktorer, sykkelighet og dødelighet. Dette har betydning for planleggingen.
- Samarbeide med primærhelsetjenesten og gi veiledning og informasjon – for eksempel i forbindelse med psykososial problematikk hos barn og unge, rusmiddelbruk, allergi m.v.
- Være sentral partner både i regionale og lokale partnerskap for folkehelse.
- Arbeide med individrettet forebygging, som lærings- og mestringssentrene, individuelle planer m.v.
- Helsefremmende sykehus – Health Promoting Hospitals.

Hva må til for å styrke folkehelseaspektet? Bl.a:

- Et finansieringssystem som sikrer at det forebyggende arbeidet også blir en "lønnsom" arbeidsoppgave og at psykiatritilbudet – spesielt til barn og unge – får samme fokus som somatikken.
- Utvikle indikatorer for å kunne måle resultatene av innsatsen.

- Klare føringer om prioritering av feltet i årlige styringsdokumenter. ”Forebygg mer for å reparere mindre”.

Vi synes det er fint at samhandling og folkehelse er sentrale temaer i høringsutkastet. Bl.a. blir det foreslått et nasjonalt avtalesystem mellom helse- og omsorgsdepartementet og KS for å understøtte samhandling. Men vi spør oss likevel om dette er godt nok i møte med de utfordringer som kommer. Eksempler som p.t. er fremme i media er spilleavhengighet, nye rusmidler som metamfetamin, problemer i skolen knyttet til bl.a barne- og ungdomspsykiatri og samarbeidet mellom russektoren og psykiatri. Den nasjonale helseplanen må være mer konkret på hvordan de forskjellige instanser sammen skal takle denne type utfordringer.

Høring i Helse Sør i forbindelse med sykehusstilbudet i Buskerud (styresak 43, 20.6.06)

Telemark fylkesting beklager på det sterkeste at Telemark fylkeskommune ikke har fått til høring de ulike alternativene for et framtidrettet sykehusstilbud i nedre Buskerud så lenge alternativene sterkt vil berøre Helse Blefjell.

Samtidig har Helse Blefjell et innsparingskrav på over 30 mill. kroner som vil få store konsekvenser for det tilbud Helse Blefjell kan gi.

Avgjørelser med så store konsekvenser med et 30 til 50 års tidsperspektiv må først tas etter en bred regional prosess som sikrer innflytelse for folkevalgte organer i regionen.

Telemark fylkeskommune forutsetter derfor at saken ikke avgjøres nå, men at fylkestingene får anledning til å drøfte den innen tidsfrister som gir mulighet for en forsvarlig behandling.