



NASJONAL HELSEPLAN (2007 - 2010) - HØRINGSUTTALELSE

Forslag til

V E D T A K

Fylkestinget slutter seg til hovedtrekkene i det foreslåtte opplegget for arbeidet med Nasjonal helseplan (2007 – 2010), men vil særlig understreke følgende:

1. Helsesektoren må bygge på sentrale verdier som kvalitet og likeverd. Disse verdiene må gjennom arbeidet med Nasjonal helseplanen fylles med et reelt innhold slik at de kan bli styrende for den praktiske oppfølgingen.
2. Av de "Felles utfordringer" som er beskrevet i høringsnotatet fra Helse- og omsorgsdepartementet vil fylkestinget i særlig grad framheve:
 - a) Folkehelseperspektivet/forebyggende helsearbeid.
 - b) Samordning både innen og mellom helsesektorenes ulike deler og i forhold til eksterne samarbeidspartnere.
 - c) Psykisk helse og rus – gjennomføring i henhold til Stortingets forutsetninger for "Opptrappingsplanen". Utvikling de senere år kan tyde på at det er et særlig behov for å gi økt oppmerksomhet til brukere med behov for langvarig døgnopphold og brukere med behov for omfattende og langvarig tjenestetilbud i kommunene
3. I tillegg til departementets forslag til tema under "Felles utfordringer" foreslås, jfr. nærmere beskrivelse i saksframlegget:
 - a) Nærhet, trygghet og tilgjengelighet, herunder
 - Strategier for samhandling og desentralisering av helsetjenestene
 - Helsetjenestens bredde – og akuttfunksjoner
 - b) Brukerperspektivet /den "nye" pasientrollen – sentral premiss for helseplanleggingen
 - c) Utfordringer knyttet til demografiske og sosiale endringer i befolkningen; økt antall eldre, endrede familiestrukturer, økt kulturelt mangfold, osv.
 - d) Helsesektoren som premissleverandør og drivkraft i den lokale og regionale verdiskapingen, herunder økt lokal og regional forankring av utviklings- og forskningsoppgaver.
4. Kommunehelsetjenesten er fundamentet i norsk helsetjeneste. Fylkestinget vil derfor understreke at:
 - a) Helsesektoren må samlet sett gis et økonomisk grunnlag som i et langsiktig perspektiv gjør det mulig å innfri overordnede krav om nærhet, trygghet og tilgjengelighet.
 - b) Det må utvikles
 - finansieringsordninger som ivaretar behov for langsiktighet og forutsigbarhet i de økonomiske rammebetingelser. Fylkestinget vil påpeke som et særlig problem at Stortinget bare gir forpliktende økonomiske rammer for ett og ett år, mens helsesektorens utfordringer og løsninger krever langsiktighet og forutsigbarhet.
 - økonomiske insentivsystemer som stimulerer til samarbeid, samordning og helhetlige løsninger, herunder sikrer langsiktighet innen høyt prioriterte områder som psykisk helse, rus, folkehelse/forebyggende helsearbeid osv.
 - c) Både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må dimensjoneres og organiseres slik at befolkningens behov for de "brede" og "alminnelige" helse- og sosialtjenester dekkes og samtidig får dekket behovet for "supplerende" spesialisthelsetjenester

- d) De særlige geografiske utfordringer i innlandet knyttet til lange reiseavstander, spredt bosetning, behov for desentraliserte tjenester osv. må ivaretas på en bedre måte enn i dag.
5. Fylkestinget ber om at forslag til Nasjonal helseplan 2007 - 2010 sendes på bred høring før Stortingets endelige behandling i desember. Berørte samarbeidspartnere bør også trekkes inn som en del av arbeidet med den praktiske gjennomføringen. Sistnevnte er særlig viktig for å drøfte konkrete prioriteringsspørsmål og for å klargjøre økonomiske og administrative konsekvenser av utviklings- og utbyggingstiltak.

Bernt M. Tordhol
Fylkesrådmann

Terje Kind
Ass. fylkesrådmann

Vedlegg: Høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helseplan (2007 – 2010) (Sendt fylkestingets medlemmer sammen med ordinær sakliste)

SAKSINNSTILLING

Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang arbeid med Nasjonal Helseplan (2007 – 2010). Regjeringen tar sikte på å legge fram forslag til ny nasjonal helseplan sammen med forslaget til statsbudsjett for 2007, dvs. i begynnelsen av oktober.

Allerede i "Soria-Moria-erklæringen" forutsatte samarbeidspartnerne for den nye regjeringen at Stortinget skal få til behandling en nasjonal helseplan hvert 4. år og at fylkeskommunene skal trekkes aktivt inn i planarbeidet.

Som en del av det innledende planarbeid har Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet et eget høringsnotat. Dette følger som trykt vedlegg til saken, men finnes også på internettadressen:
http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/hoeringer/paa_hoering/bn.html.

Høringsnotatet er **ikke** et utkast til selve helseplanen, men kun et forslag til tema, utfordringer og strategiområder som skal danne grunnlag for og inngå i planen.

Fylkesrådmannen ser positivt på at det settes i gang en bred debatt om sentrale sider ved norsk helsevesen, men stiller spørsmål om det er samsvar mellom kompleksiteten og omfanget i de utfordringer og tema som trekkes opp og de tidsfrister som er satt både for selve planarbeidet og for høringsinstansene, både administrativt og politisk. Det er også en utfordring at fylkeskommunens kompetanse i forhold til viktige helse spørsmål, bl.a. sykehusene og spesialisthelsetjenesten er mangelfull etter at administrativt fagpersonell ble overført til helseforetakene som en del av sykehusreformen.

Departementet har satt høringsfristen til 23. juni. Dette setter klare begrensninger for hvor dypt det er mulig, både administrativt og politisk, å gå inn i saken. Samtidig – og det er kanskje det alvorligste – den knappe tidsfristen gjør det ikke mulig for bl.a. kommunene/regionene og fylkeskommunen å gå inn i en nær dialog om noen av de mest komplekse utfordringer innen helse- og omsorgssektoren, dvs. samordning og samarbeid innen helseområdet. Dette gjelder bl.a. sentrale deler av kommunehelsetjenesten, rusmisbrukeromsorgen og spesialisthelsetjenesten.

Fylkesrådmannen forutsetter derfor at aktuelle høringsinstanser, deriblant kommuner og fylkeskommuner også trekkes inn etter at selve helseplanforslaget foreligger og før det endelige plandokumentet blir behandlet i Stortinget. Berørte samarbeidspartnere bør også trekkes inn som en del av arbeidet med den praktiske gjennomføringen. Dette er særlig viktig for å drøfte konkrete prioriteringss spørsmål og å klargjøre økonomiske og administrative konsekvenser av utviklings- og utbyggingstiltak.

Den 1. juni d.å. inviterte Helse- og omsorgsdepartementet til en regional høringskonferanse om arbeidet med helseplanen. Det ble gitt anledning til å delta med inntil 10 personer fra hvert fylke. Fylkeskommunen inviterte derfor representanter fra regionrådene til å delta sammen med utsendinger fra fylkeskommunen. 4 regionråd var representert.

Arbeidet med høringsuttalelsen.

Den knappe tidsfristen setter – som nevnt - klare begrensninger på mulighetene for å samordne uttalelsene fra bl.a. kommunene/regionene og fylkeskommunen.

Imidlertid – for å samordne enkelte synspunkter - har representanter fra de regionråd (Gjøvikregionen, Lillehammerregionen, Midt-Gudbrandsdalsregionen og Valdresregionen) som deltok på høringskonferansen tatt på seg å samordne innspill til deler av høringsutkastet. Når dette saksframlegget skrives, foreligger av tidsmessige årsaker bare enkelte av innspillene. Eventuelle innspill som måtte komme før fylkestingets behandling vil bli ettersendt/omdelt.

Hovedelementene i departementets høringsnotat

Notatet består av 4 deler:

Del I behandler rammer og bakgrunn for høringsnotatet (kap. 1)

Del II behandler felles utfordringer i helsetjenesten. I denne delen er det plukket ut syv områder der det er særlig viktig at utviklingsarbeidet skjer innenfor koordinerte og helhetlige rammer. Følgende områder (kap 2 – 8) inngår i denne delen:

- Utfordringer for folkehelsen – forebygging
- Strategi for kvalitet og prioritering
- Strategi for samhandling
- Psykisk helse
- IKT i helsetjenesten
- Forskning for bedre helse
- Tverrfaglige satsninger, handlingsplaner og strategier

Del III behandler den kommunale helse- og sosialtjenesten (kap.9). Helse- og omsorgsdepartementet vil legge fram en egen stortingsmelding om framtidens omsorgstjenester. Meldingen vil ta opp problemstillinger knyttet til de kommunale tjenestene som det ellers ville være naturlig å behandle i Nasjonal helseplan. Del tre tar opp problemstillinger knyttet til omsorgstjenestene og øvrige kommunale tjenester, med vekt på at dette skal være en dialog i forhold til den kommende stortingsmelding.

Del IV (kap. 10 – 14) er rettet mot spesialisthelsetjenesten. Følgende kapitler inngår:

- Organisering og styring
- Kapasitet og struktur
- Investeringer
- Lokalsykehus
- Utdanning av helsepersonell

Spørsmål til høringsinstansene

Det er under de enkelte kapitlene gitt overordnede omtaler av status, sentrale utfordringer og skissert viktige elementer for hvordan situasjonen kan møtes. Departementet **inviterer til innspill på valg av tema** og problemstillinger, herunder

- Er det andre forhold som bør trekkes fram i omtalen av status?
- Er det lagt vekt på de mest sentrale utfordringene?
- Hva bør stå sentralt i de strategier og tiltak som skal møte utfordringene?
- Hvilke prosesser bør gjennomføres før strategier og tiltak beslutes?

Kommentarer til Del I Rammer og bakgrunn for høringsnotatet

Innledningsvis trekkes fra noen sentrale verdier som er styrende for utviklingen innen helsetjenesten. Bl.a. framheves *høy kvalitet og likeverdig tilgang til tjenester*. Dette er verdier som synes å ha allmenn tilslutning og som bør kunne danne en viktig basis for den framtidige utformingen av helse – og omsorgstjenesten i Norge.

Utfordringene går på hvordan dette bør gis et praktisk innhold i forhold til strategier og overordnet prioritering.

Høringsnotatet trekker opp en del sentrale perspektiv knyttet til verdiene kvalitet og likeverd, bl.a.

- I internasjonal sammenheng har Norge et godt utviklet helsetilbud når det gjelder **faglig** innhold, kapasitet og tilgjengelighet uavhengig av brukernes økonomi og bakgrunn
- Norge har imidlertid hatt en mindre gunstig utvikling i gjennomsnittlig levealder
- Kostnadsveksten innen helsetjenesten i Norge har de senere år vært sterkere enn i sammenlignbare andre land.

Etter fylkesrådmannens oppfatning gir disse punktene grunn til ettertanke og borger for nye spørsmål, bl.a.:

- Er det områder innen helsesektoren som gir forholdsvis marginal helsegevinst i forhold til alternativ anvendelse, enten innen andre deler av helsesektoren eller innen helt andre samfunnsområder?

- Selv om helsesektorens **faglige** innhold, kapasitet og tilgjengelighet er godt utviklet i et internasjonalt perspektiv, er det andre sider sett fra enkeltbrukernes ståsted som i særlig grad bør videreutvikles for at **samlet og opplevd** innhold og tilgjengelighet skal bli best mulig?

Førstnevnte understreker at helsetjenesten må settes inn i et helhetlig samfunnsmessig perspektiv og at økte ressurser til helsesektoren må vurderes opp mot potensial for helsegevinst ved alternativ prioritering av midler til andre samfunnsområder som forebyggende helsearbeid, trafikk sikkerhet, miljø, generelle levekårsfremmede tiltak osv. Dette vil kunne lede til vanskelige prioriteringer og verdivalg som den nye helseplanen bør ta opp på en enda mer tydelig måte enn det det synes å legges opp til.

Tradisjonelt har oppmerksomheten mye vært rettet mot de **faglige** kriterier for vurdering av helsesektoren. Disse kriteriene har historisk sett vært nokså dominerende i styrings- og utviklingssammenheng. Perspektiv knyttet til brukernes egen opplevde kvalitet og tilgjengelighet i vid forstand bør tydeliggjøres gjennom planarbeidet. Helsesektoren er – og vil nødvendigvis måtte være – et omfattende og komplekst tjenesteområde preget av formaliserte strukturer og prosedyrer bl.a. for å sikre de faglige kvaliteter og ressursbruken. Sett fra et brukerperspektiv – ofte fra mennesker i en vanskelig livssituasjon – kan dette imidlertid gi utfordringer som fremmedgjøring og maktesløshet i forhold til et vanskelig gjennomtrengelig ”system”. Den nye helseplanen bør i særlig grad ta opp disse forhold.

I høringsnotatets innledningskapitel understrekes samordningsbehovet innen helsesektorens ulike deler. Bl.a. uttales: ”Tjenestebildet er i stor grad sammensatt av sektorvise tjenester. Hver sektor har et formelt ansvar for eget område, men ingen har ansvar for forløp og flaskehalser mellom sektorer.”

Her pekes det på kanskje den aller største utfordringen innen norsk helsetjeneste. Stadig økt spesialisering med faglig og organisatorsk fragmentering kan ha svekket en helhetlig innfallsvinkel og kan ha bidratt til en fremmedgjøring sett fra den enkelte brukers ståsted. Samtidig er en viss spesialisering nødvendig både av faglige og ressursmessige årsaker. Utfordringen er å finne i balansen mellom generalist - og spesialisthensyn og å utvikle strategiske grep for å oppnå en mer helhetlig og samordnet helsetjeneste. Dette bør være et gjennomgangstema i den nye helseplanen slik høringsnotatet legger opp til.

Fylkesrådmannen har for øvrig ingen merknader til dette avsnittet.

Kommentarer til Del II Felles utfordringer

Departementet foreslår som nevnt foran syv felles gjennomgående satsningsområder for hele helseområdet, dvs. utfordringer knyttet til folkehelse – forebygging, strategi for kvalitet og prioritering, strategi for samhandling, psykisk helse, IKT i helsetjenesten, forskning for bedre helse og tverrfaglige satsninger (nasjonale handlingsplaner etc.).

Høringsnotatet gir en fyldig redegjørelse for status, utfordringer og foreslåtte strategier innen hvert av disse områdene. Etter fylkesrådmannens oppfatning bør det kunne gis en generell tilslutning både til beskrivelse og valg av satsningsområder samt foreslåtte overordnede strategier. Nedenfor er det likevel gitt enkelte kommentarer til disse områdene.

Fylkesrådmannen vil i tillegg peke på ytterligere noen perspektiv/utfordringer som foreslås framhevet i forhold til departementets høringsnotat og som anbefales tatt inn som en del av de ”Felles utfordringer” i den nye helseplanen.

Dette gjelder spesielt temaområdene: *Nærhet/ tilgjengelighet, brukerperspektiv/ ny pasientrolle, utfordringer knyttet til demografiske endringer i befolkningen, og helsesektoren som verdiskapende drivkraft for regional utvikling.* Disse områdene er nærmere omtalt umiddelbart etter nedenstående kommentarer til departementets forslag til felles/gjennomgående tema og utfordringer:

- **Folkehelseperspektivet/forebyggende helsearbeid** er i høringsnotatet trukket fram som et av de sentrale gjennomgående satsningsområdene. Fylkesrådmannen er enig i dette og vil understreke at folkehelseperspektivet bør vies særlig oppmerksomhet i det videre planarbeid. Planarbeidet bør munne ut i konkrete strategier og ressursmessige prioriteringer. I dette arbeidet er det viktig å trekke veksler på erfaringer fra de folkehelseprosjekter som gjennomføres i en rekke kommuner og fylker. Nedenfor gis det derfor en kort beskrivelse av hovedtrekkene i det folkehelseprosjektet som for tiden gjennomføres i Oppland.

Selv om forståelsen for og prioriteringen av et helhetlig folkehelseperspektiv er økt den senere tid, er det utvilsomt et betydelig potensial på dette området. I forhold til andre viktige samfunnsområder, både i og utenfor helsetjenesten er ressursinnsatsen innen folkehelsearbeid og forebyggende arbeid relativt beskjeden. Det bør derfor tas et krafttak både for å tydeliggjøre ansvar, sikre en helhetlig tilnærming og et ressursmessig grunnlag for langsiktig satsing. I en slik kontekst bør det utvikles insentivordninger som kan virke stimulerende. Dette gjelder ikke minst innen helsesektoren hvor det er en særlig utfordring å tilpasse finansieringsordningene slik at de stimulerer til forebyggende arbeid. Dagens insentivsystem og finansieringsordninger synes å være for ensidig fokusert på å effektivisere selve behandlingsforløpet i tradisjonell forstand.

Folkeshelsearbeidet i Oppland har tatt utgangspunkt i Stortingsmelding nr.16 (2002 – 2003) ”Resept for et sunnere Norge”.

Opplandsresepten – folkehelseprogrammet inneholder to overordnede visjoner:

- Flere leveår med god helse for Opplands befolkning
- Redusere helseforskjellene i Opplandsbefolkningen

Programplanen inneholder en rekke tematiske områder, dette er: Fysisk aktivitet (FYSAK), kosthold/ernæring, tobakksforebyggende arbeid, rusforebyggende arbeid, helsefremmende arbeidsplasser, helse i plan/skadeforebyggende arbeid, helsefremmende arbeid i videregående skoler, psykisk helse og ”fysiotek”.

Dette er et omfattende program hvor det er særdeles viktig med langsiktighet både i målsettinger, arbeidsmetoder og ikke minst i det økonomiske grunnlaget. Ny Nasjonal helseplan bør prioritere dette høyt

Fra en av regionene i Oppland er det gitt følgende innspill:

”Lokalt kan det være viktig å involvere medisinske faglig rådgiver mer i planprosessene fordi helsesektoren har oversikt over helsetilstanden og sykdomsutbredelsen og kunnskap om årsakssammenhenger i kommunene og kan bidra med kunnskap om sammenhenger mellom livsstil og miljøpåvirkninger og være en premissgiver for andre sektorer, særlig plan- og utviklingstater. Helsesektoren alene kan gjøre lite og det er trolig at plan- og bygningsloven er et mer sentralt planleggingsverktøy for folkehelsearbeidet i kommunene.

Ellers er hovedutfordringen å møte det paradokset at selv om FN har kåret Norge til verdens beste land å bo i, så øker psykiske og livsstilsrelaterte plager/sykdommer blant folk, trolig også skjuefordelt i forhold til sosial og økonomisk status.

Kommunene må derfor legge forholdene til rette for økt fysisk aktivitet (FYSAK-kommune) og planlegge infrastruktur slik at møteplasser beholdes og/eller opprettes for å fremme fellesskap og motvirke ensomhet, særlig blant eldre.

Trygghet, bla. på lokalveien, E6, er også viktig for folkehelsen.”

• **Strategi for kvalitet og prioriteringer**

En av regionene har gitt slik innspill:

”Kvalitet er viktig og bør knyttes til kunnskapsbaserte tiltak, internkontroll hos de enkelte aktører og ikke minst en samhandling/samordning preget av kontinuitet i behandling og informasjon. Pasienten må være medvirkende og i sentrum og ha en genuin opplevelse av kvalitet på våre ytelser. Kvalitet er avhengig av klinisk kvalitet, gode prosesser og strukturer (sykehus m m). Kvalitet og sikkerhet i elektronisk samhandling blir viktigere. Det er viktig å lære av avviksrapportering og gjøre det trygt for helsepersonell å melde fra om feil. Nasjonalt kunnskapssenter og Statens helsetilsyn er viktige i så måte.

Lønningsutvalgets prioriteringer som er fulgt opp av prioriteringsforskriften, pasientrettighetsloven og tidsfrist for helsehjelp er viktige og riktige grep på temaet. Det vil alltid være sterke (og svakere) pasientgrupper og faglige statusfag. Dette må motvirkes gjennom nasjonale helsepolitiske virkemidler for å nå likeverdig tilgang til tjenester og balansere mot dyre behandlingstilbud til små grupper.

Utdanning og forskning blir viktig. Statens ansvar for utdanning av leger ved turnustjenesten i kommunene bør kompenseres bedre økonomisk.

Kommunene er underlagt overordnede lover og forskrifter som omhandler kvalitet og internkontroll og der forsvarlighetskravet til tjenestene står sentralt.

Forholdet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er viktig. En forskyvning på få % av pasientgrupper her vil få dramatiske følger. Det mest kostnadseffektive vil være å behandle flest mulig i primærhelsetjenesten forutsatt at

det tilføres nok ressurser. Avklaring av slike forhold bør være sentrale i den lovfestede samhandlingen som skal skje mellom disse 2 nivåene.”

- Videre bør **samhandlingsperspektivene** prioriteres særlig høyt slik det påpekes i høringsnotatet. Det synes å være en utbredt oppfatning om at nettopp disse perspektivene representerer noen av de aller største og mest kompliserte utfordringene innen norsk helsevesen. Det bør derfor gis særdeles høy prioritet til arbeidet med å utvikle praktiske og målrettede samhandlingsstrategier på tvers av administrative, faglige og forvaltningsmessige skillelinjer. Høringsdokumentet støtter seg i hovedsak til konklusjonene fra NOU 2005:3 ”Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste”. NOU 2005:3 fremmer forslag på samordningstiltak innen tre hovedområder:
 - Styrking av pasientperspektivet
 - Målrettede tiltak for bedre samhandling (styrking av lederansvaret, økte funksjons- og kvalitetskrav, videreutvikling av samhandlingsarenaer/formaliserte samhandlingsavtaler etc)
 - Økonomiske insentiver

I høringsnotatet skisserer departementet opplegg for å følge opp hovedpunktene fra NOU 2005:3 og vil komme tilbake med forslag om konkrete tiltak allerede i forbindelse med statsbudsjettet for 2007. Etter fylkesrådmannens oppfatning inneholder NOU 2005:3 en god samlet gjennomgang av samordningsproblematikken innen store deler av helsetjenesten. De tiltak som skisseres, danner et godt utgangspunkt for departementets oppfølging. Det må gis nødvendig prioritet til dette arbeidet også ressursmessig. I NOU 2005:3 er det antydnet en ”samhandlingsmilliard”.

Uten å ta konkret standpunkt til beløpets størrelse, antyder det dimensjonene på de utfordringer en står overfor. Fylkesrådmannen ser det som prinsipielt viktig å bygge inn insentivordninger i de faste finansierungsordningene. Det kan innvendes mot dagens finansierungsordninger at de understøtter – og kanskje til og med – bidrar til å forsterke en tiltagende fragmentering, jfr. bl.a. de såkalte ”diagnosebaserte” finansierungsordninger innen spesialisthelsetjenesten.

Fra en av regionene i Oppland er det gitt følgende innspill:

”Det er allerede samhandlingsarenaer (faste møter) lokalt med psykiatri, både barn og voksne som i tillegg til enkeltpasienter også tar opp samhandling på systemnivå; henvisningsrutiner, indikasjoner for henvisning og samarbeid for felles brukere.

Individuelle planer er et hjelpemiddel for strukturert samhandling, både innad lokalt og mellom behandlingsnivåene. Dette er en pasientrettighet.

Sykehjemmene har også samarbeid om smittevern og det finnes ambulerende rehabiliteringsteam. På grunn av bl.a flere eldre og kortere liggetider på sykehus er det blitt økende behov for samhandling ved overføring til sykehjem, også når det gjelder medikamentell behandling. Det er fortsatt et problem at det tar for lang tid til epikeriser fra sykehuset når primærhelsetjenesten/fastlegen.

Andre områder det er særlig viktig å bedre samhandling er for kreftpasienter, demente, eldre med ofte flere kroniske sykdommer og rusmiddelmissbrukere. For å utvikle gode samhandlingsrutiner er bl.a sykehusstrukturen viktig (slik det fungerer nå med funksjonsfordeling uten klart endepunkt er dette vanskelig). Sykehuset Innlandet har nå utlyst praksiskonsulentstillinger ved alle sykehus. Foreløpig er det bare ansatt på Lillehammer.

Mer fokus på samhandling med brukerne er sikkert også riktig, men her savner primærhelsetjenesten erfaring. Videre påpekes at det er inngått samarbeidsavtaler mellom Sykehus Innlandet og en rekke kommuner i fylket og at ”Norske Helsennett er på beddingen, men har hatt problemer og er fortsatt ikke tatt i bruk hos oss.”

- **Psykisk helse og omsorgen for rusmiddelmissbrukere**

Det er klare helsepolitiske føringer om å prioritere psykisk helsevern og rusområdet. Gjennom opptrappingsplanen er det gitt pålegg, prioriteringer og økonomiske midler til utvikling av tjenestetilbudet. Utbygging av lokale tilbud, bl.a. gjennom distriktpsykiatriske sentra (DPS) står sentralt.

De mest spesialiserte sentralsykehusoppgaver skal dekke områder som krever høyere bemanning og/eller større grad av spesialistkompetanse enn det DPS-ene forutsettes å ha. Det er ikke entydige skiller mellom hvilke oppgaver som bør legges til henholdsvis DPS-ene og sentralsykehusene. Vaktberedskapen ved DPS-ene vil imidlertid gi klare føringer på hva som er mulig i tillegg av nye oppgaver til disse institusjonene. Sentralt arbeides det med nye retningslinjer for DPS-ene.

Opptrappingsplanen for psykisk helse har i liten grad beskrevet utfordringer knyttet til brukere som har behov for døgntilbud og et særlig omfattende og langvarig tjenestetilbud i kommuner. Også høringsnotatet omtaler dette og poengterer som viktig at det rettes oppmerksomhet mot denne brukergruppen. Dette bør derfor følges opp i arbeidet med den nye helseplanen. Betydningen av dette understrekes av at det er klare indikasjoner om at enkelte helseforetak har trappet ned antall sentralsykehussenger før DPS-ene er tilstrekkelig utbygd og det er vunnet erfaringer fra hvordan dette virker inn på behovet for de mer spesialiserte tjenester.

Økt behov for psykiatriske tjenester gir også utfordringer for kommunene. En kommune beskriver dette slik:

’For kommunene kan det være vanskelig å nå frem med tilbud til psykisk syke som av spesialisthelsetjenesten blir vurdert som for friske til innleggelse og som samtidig er for syke til å nyttiggjøre seg av frivillige tilbud fra kommunen. Kommunene mangler både kompetanse og kapasitet i tillegg til at mange kommuner blir for små enheter i forhold til spesielle behov. Særlig gjelder dette for barn og ungdom og de som adferdsmessig og strafferettslig lever på kant av samfunnets regler og normer. Status når det gjelder pasienter med behov for døgntilbud og langvarig og omfattende er at kommunene mangler både ressurser og kompetanse. Særlig gode dagtilbud er vesentlig både for å forebygge og for å gi hverdagen et innhold som gjør at behovet for behandling reduseres betydelig.’

Ovennevnte understreker at det fortsatt gjenstår betydelige utfordringer før intensjonene fra Opptrappingsplanen er nådd. Dette gjelder både i forhold til økonomi og tilgang på personellmessig kompetanse. Den nye helseplanen må vie dette området stor oppmerksomhet og bør være konkret i sine forutsetninger om videre utvikling av psykiatritilbudet.

Fra representant fra et av regionrådene uttales bl.a.:

’Dette er bedret mye i kommunen siden opptrappingsplanen ble startet i 1999. Det er økt bemanning, økt kompetanse, bedre tilbud og et system som ivaretar brukerne. Også faste møter med spesialisthelsetjenesten. Problemet kan være egnede aktiviteter på dagtid selv om ombyggingen på Sørheim var et stort og viktig skritt i den retning. Bruker- og pårørendemedvirkning kan og bør videreutvikles.

Fastlegene blir i økende grad involvert i barns og ungdoms psykiske helse og det er også her samhandling på systemnivå sammen med PPT.

Bruke av individuelle planer blir her også viktige.

Psykisk helsearbeid omfatter dessuten tiltak fra de fleste kommunale sektorer og kan ikke avgrenses til kun helsetjenester. Lavterskeltilbud er viktige, likeså mulighet for å delta i det ordinære organisasjons- og kulturtilbud. Bedre behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere og blandingsdiagnoser (rus og psykiatri) er viktig og her vil oppbyggingen av tilbud ved Sanderud bli spennende å følge.’

- **Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)**

Høringsnotatet illustrerer stort behov for videre utvikling av IKT innen helsetjenesten

Fylkesrådmannen slutter seg til dette og vil spesielt understreke betydningen av å legge til rette for en bedre IKT-kommunikasjon mellom sykehusene og aktuelle deler av kommunehelsetjenesten.

Følgende innspill fra en av kommunene i Oppland understreker dette:

’Kommunene må ikke bli hengende etter i IKT-utviklingen når det gjelder samhandling og samarbeid med andre tjenesteområder og nivåer. Det bør være en målsetting om at det etableres kommunikasjon ikke bare mellom sykehus, allmennleger og pleie-omsorg, men også med andre samarbeidspartnere fordi tverrfaglig samarbeid blir stadig viktigere ut fra pasientens ståsted, jf Individuell Plan.’

- **Forskning for bedre helse**

Høringsnotatet poengterer viktigheten av bred forskningsinnsats som en del av strategiene for økt kvalitet og best mulig ressursutnyttning innen forebygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering og pleie.

Fylkesrådmannen vil spesielt framheve behovet for økt forskningsinnsats innen forebyggende helsearbeid og innen kommunal helsetjeneste, herunder pleie- og omsorg. Denne forskningen bør utvikles i nært samarbeid med lokale/regionale forsknings- og kompetansemiljø og bør derigjennom kobles aktivt til øvrig lokal/regionalt utviklingsarbeid.

Forslag til nye temaområder under Del II ”Felles utfordringer”

- **Nærhet – tilgjengelighet.**

Et sentralt element i verdigrunnlaget til helsetjenestens utforming i Norge er likeverdig tilgang på helsetjenester uavhengig av brukernes geografiske, økonomiske, sosiale og kulturelle forhold. Ett viktig kriterium for å oppnå dette, er utfordringer og strategier knyttet til nærhet og tilgjengelighet. Dette er også påpekt i høringsnotatet, men bør etter fylkesrådmannens oppfatning trekkes mer eksplisitt fram som et selvstendig, gjennomgående tema i helseplanarbeidet.

Nærhet og tilgjengelighet har mange dimensjoner, noen av dem er trukket fram i høringsnotatet. Fylkesrådmannen vil spesielt peke på:

- **Strategier for samhandling og desentralisering av helsetjenestene.** Departementets høringsnotat framhever samhandlingsbehovet blant de aller mest sentrale utfordringer innen helsetjenesten. Fylkesrådmannen deler denne oppfatningen. Det er imidlertid viktig at de strategier som utvikles kobles til strategier for desentralisering av helsetjenestens infrastruktur og tjenestetilbud. Dette er særdeles viktig bla. for å gi innhold i verdigrunnlagets dimensjon nærhet og tilgjengelighet. Det er derfor positivt at Helse- og omsorgsdepartementet har gitt føringer overfor helseforetakene om å utarbeide strategier for samhandling og desentralisering innen sine ansvarsområder. Gjennom helseplanarbeidet bør det gis allmenne og generell føringer for slikt utviklingsarbeid.
- **Sterk prioritering av breddefunksjoner,** dvs. sikring av tilstrekkelig kapasitet og særlig lav terskel for tilgjengelighet og tilfredsstillende helsetjenester innen områder som betyr mye for ”folk flest”, dvs. de mest vanlige og hyppigst forekommende behov for helsetjenester. Primærhelsetjenesten – som er tilnærmet synonymt med begrepet ”kommunehelsetjenesten” – er, og bør fortsatt være, fundamentet i norsk helsetjeneste. Dette innebærer en særlig høy prioritering av kommunenes helse- og sosialtjeneste. Det vises til nærmere kommentarer til kommunehelsetjenesten under Del III og til spesialisthelsetjenesten under Del IV nedenfor.
- **Helsetjenestenes akutfunksjon**
Akutfunksjonene innen helsetjenesten – både somatikk, psykiatri, rus med sterke relasjoner i forhold til bl.a. sosialomsorg, barnevern osv. - er helt sentrale i forhold til befolkningens faktiske og opplevde trygghet gjennom nærhet, kvalitet og service. Dette er understreket gjennom en rekke offentlige dokument de senere år, bla. i St. meld. 24 (1996 – 1997) ”Tilgjengelighet og faglighet”, NOU 1998 ”Hvis det haster.....”, etterfulgt av St. meld.43 (1999 – 2000) ”Om akuttmedisinsk beredskap” som trekker opp de strategiske og prinsipielle linjer for helsetjenestens akutfunksjon. Hensynet til geografisk nærhet, faglig kompetanse og forsvarlig ressursbruk medfører vanskelige avveininger. I disse spørsmål er det derfor overmåte viktig at helsetjenestens grunnleggende verdier løftes høyt. Dette bør bli en av de sentrale spørsmål i den nye helseplanen.
- Også **fødselsomsorgen** har vært utredet en rekke ganger de senere år. Bla. er det gjennom Stortingets behandling av St.meld. 43 (1999-2000) gitt enstemmige signaler om at det fortsatt skal være et desentralisert fødetilbud i Norge. Stortinget ga videre retningslinjer om faglige krav til fødeavdelinger basert på en tredeling av kompetansenivå og beredskap avhengig av antall fødsler.
- **Styrking av desentraliserte rehabiliteringsfunksjoner og opprettholdelse av opptreningsinstitusjoner** er viktige element i en desentralisert helsetjeneste der nærhet står som en av bærebjelkene i verdigrunnlaget. Oppland er av de fylker som tradisjonelt har en relativt stor forekomst av slike institusjoner. Disse funksjoner bør opprettholdes og videreutvikles. Helseplanarbeidet bør gi signaler om det.
- **God geografisk spredning av spesialisthelsetjenester.**
Tilgjengelighet er nær knyttet opp til den geografiske fordelingen av spesialistfunksjoner. Statistikk viser en sterk konsentrasjon og betydelig ”overrepresentasjon” av bla legespesialister til sentrale strøk, ikke minst i Oslo-området. Dette gjelder så vel sykehusstiltsatte spesialister som privatpraktiserende. Også på dette området vil det måtte foretas vanskelige avveininger der viktige verdispørsmål knyttet til nærhet, kvalitet, kompetanse og ressursforvaltning må settes inn i en helhet. Fylkesrådmannen er likevel av den oppfatning at det er et betydelig potensial for en vesentlig større geografisk spredning av viktige spesialistfunksjoner innen helsetjenesten. Ikke minst bør

finansieringsordningene vurderes i en slik sammenheng. Dagens ordninger synes i for liten grad å ivareta geografiske utfordringer.

- **Brukerperspektivet – den ”nye” pasientrollen** Brukerperspektivet omtales flere steder i høringsnotatet. Brukerperspektivet har fått økt gjennomslagskraft og er gradvis gitt et fornyet innhold de senere år. Dette henger nøye sammen utviklingen i pasientrollen, dvs. – satt på spissen - fra ”den ydmyke pasient til en krevende kunde”. Etter fylkesrådmannens oppfatning er det imidlertid viktig å beholde verdifulle elementer av den tradisjonelle pasientrollen, særlig knyttet til verdier som helhet, ansvar, omtanke og nærhet. Imidlertid kan den ”nye” pasientrollen berike bildet bl.a. i forhold til krav til individuell service, oppfølging og tilrettelegging og ikke minst åpenhet, informasjon og aktiv medvirkning og – det er kanskje det aller viktigste gjennom et helt livsløp - ansvar for egen helse ut fra egne forutsetninger og muligheter. Som en del av brukerperspektivet bør det videre foretas en nærmere klargjøring av spennet mellom behov for fellesskapsløsninger, overordnede nasjonale strategier og økt rettighetsfesting på individnivå. Fylkesrådmannen anser brukerperspektivet i et slik kontekst som en så viktig premiss for utviklingen at departementet bør vurdere om dette bør inn som et såkalt gjennomgående tema i den nye helseplanen.

- **Utfordringer knyttet til demografiske, kulturelle og sosiale endringer.** Samfunnet gjennomgår betydelige demografiske, kulturelle og sosiale endringer, bl.a. økt antall eldre, endringer i familiestruktur, etnisk tilhørighet, økte sosiale forskjeller osv. som i stor grad vil være premissgivende for behov, etterspørsel og derigjennom dimensjonering, struktur og organisering på tvers av faglige og administrative skillelinjer. Den nye helseplanen bør vie de utfordringer som disse perspektiv fører med seg stor oppmerksomhet.

- **Helsetjenestens økonomiske fundament/økonomisk innretning – behov for bedre ressursmessig balanse mellom de ulike nivå og deler av helsetjenesten** Når sagt alle deler av helsetjenesten står under et økonomisk press. Aktiviteten er generelt økende, likevel oppleves kapasitetsproblemer og flaskehalser. På langt nær alle disse utfordringer kan løses ved økte økonomiske rammer alene. Likevel er økonomiske midler som står i rimelig forhold til behov og etterspørsel en avgjørende forutsetning for en velfungerende helsetjeneste. Fylkesrådmannen vil i denne forbindelse særlig framheve betydningen av at de kommunale helse- og omsorgstjenester gis tilstrekkelig ressursgrunnlag, jfr. primærhelsetjenestens rolle som ”fundament” og premissgiver for det øvrige helsestellet. Et fellestrekk ved de siste års reformer, effektivitetskrav og strukturendringer i helsetjenesten er at presset mot kommunene som 1. linje og primærhelsetjeneste har økt.

En kommune beskriver dette slik:

”2. linje og spesialisthelsetjenesten kan i noe større utstrekning sortere og selv avgjøre om en pasient trenger behandling på spesialistnivå eller om pasienten kan behandles i kommunehelsetjenesten. Kommunene er den mest finmaskede delen av samfunnets sikkerhetsnett og må ta ansvar for alle de pasienter som av andre vurderes som ferdigbehandlet, eller ikke behandlingsbare.

Samtidig får kommunene flere av de eldste eldre med store og langvarige behov for både behandling og pleie. Også yngre brukere med store og sammensatte behov er det en økning av.”

De innebygde drivkrefter fra sterke interesse- og pressgrupper, medisinsk/teknologisk utvikling, nasjonal mediapåvirket oppmerksomhet osv. er etter fylkesrådmannens oppfatning gjennomgående ikke like sterke innen kommunehelsetjenesten som innen deler av spesialisthelsetjenesten. Likevel kan de reelle økonomiske utfordringer være minst like store. Dette kan i sum gi en følelse av ubalanse i makt- og myndighetsforholdet mellom kommunene og de øvrige nivåer og spesialisttjenester.

Gjennom en årrekke har det vært et generelt problem med lite forutsigbare økonomiske rammer. Dette gjelder både helsesektoren totalt sett og innen de ulike delområder.

Gjennom arbeidet med den nye helseplanen bør det gis mest mulig klare signaler om framtidig ressursnivå i lys av bl.a. forventet demografiske utvikling, medisinsk/teknologisk utvikling, forventet utvikling i sykkelighet og ikke minst knyttet til verdigrunnlag og overordnede strategiske politiske føringer, jfr. flere av de øvrige foreslåtte tema under ”Felles utfordringer”.

Den nye helseplanen bør også drøfte de interne fordelingsmekanismene innen helsesektoren. Bl.a. bør det vurderes sterkere insentivordninger for å fremme

- jevnere geografisk fordeling av spesialistfunksjoner, nøkkelpersonell etc
 - mer helhetlig pasienttilnærming på tvers av faggrenser, organisatoriske og administrative skillelinjer osv.
 - økt fokus på forebyggende helsearbeid
 - insentivordninger som fremmer økt samhandling
- **Helsesektorens rolle som drivkraft i den regionale utviklingen** bør framheves mer enn det som framgår av høringsnotatet fra departementet. I kraft av sitt omfang, kompetanseprofil og potensial for desentralisert struktur vil helsetjenesten kunne utvikles til en enda sterkere drivkraft og vil kunne bli en enda tydeligere ”bærebjelke” for den regionale og lokale samfunnsutviklingen i landet. Strategier for utviklingen av helsetilbudet i Norge må naturligvis ta en vesentlig del av sitt utgangspunkt i helsesektorens primæroppgaver. Parallelt med dette bør imidlertid helsesektorens tradisjonelle ”sektororienterte” strategiske arbeid ha et bredere samfunnsmessig perspektiv, herunder næringsutvikling, bosetning osv. Dagens organisasjons-, ansvars- og finansieringsmodeller gir særskilte utfordringer i denne sammenheng.

Del III Den kommunale helse- og sosialtjenesten

Departementets høringsnotat gir en bred gjennomgang av den kommunale helse- og sosialtjenesten. Bl.a. poengteres det brede spekter av ressurskrevende oppgaver som den lokale helse- og sosialtjenesten har vært tildelt de senere år og den avlastende rollen denne tjenesten har for de mer spesialiserte tjenester. Den kommunale helse- og sosialtjenesten kan – i kraft av sin nærhet til publikum, sitt omfang og sin bredde – karakteriseres som mye av ”fundamentet” innen norsk helsevesen. Som en illustrasjon på dette kan antydes at anslagsvis 80 – 90 % av alle konsultasjoner innen helsesektoren i Norge skjer innen primærhelsetjenesten. Alle disse ”konsultasjoner” og legebesøk kan selvfølgelig ikke direkte sammenlignes, hverken ut fra krav til ressurser eller kompetanse. Størrelsesforholdene illustrerer likevel kommunehelsetjenestens plass og rolle i den norske velferdsmodellen.

Ovennevnte illustrerer også nødvendigheten av at kommunehelsetjenesten dimensjoneres og gis et økonomisk grunnlag som gjør at helseproblemer ikke unødvendig ”presses” oppover i systemet, dvs. til de mer spesialiserte tjenester. På den annen side oppleves et uheldig press ”nedover” bla. ved at ressurskrevende oppgaver som etter sitt innhold burde vært tatt hånd om innen spesialisthelsetjenesten blir ”skjøvet” over til kommunehelsetjenesten, for eksempel gjennom for tidlig utskriving av ressurskrevende pasienter, for høy terskel for innleggelse osv.

Kommunehelsetjenestens oppgavemangfold stiller store krav til kompetanse og nøkkelpersonell. Det bør derfor være et særlig statlig utfordring å legge til rette for tilstrekkelig tilgang på og balansert geografiske fordeling av helsepersonell. Også fylkeskommunene vil ha et betydelig ansvar gjennom sin rolle innen videregående opplæring.

I høringsdokumentets Del II understrekes betydningen av forsterket forskningsinnsats innen helsesektoren. Tradisjonelt har en stor del av forskningen vært dominert av utfordringer knyttet til spesialisthelsetjenesten og den ”behandlende” delen av helsesektoren.

Gjennom arbeidet med nasjonal helseplan bør det gis økt oppmerksomhet til den kommunale helse- og sosialtjenestens behov for forskningsinnsats, og i særdeleshet koblet til området folkehelse og forebyggende helse med et lokalt/regionalt perspektiv.

Del IV Spesialisthelsetjenesten

I høringsnotatet er dette avsnittet delt inn i følgende hovedtema:

- Organisering og styring
- Kapasitet og struktur
- Investeringer i spesialisthelsetjenesten
- Lokalsykehus
- Utdanning av helsepersonell

Fylkesrådmannen vil gi noen synspunkter på enkelte av disse områdene:

Organisering og styring

I høringsnotatet understrekes den rolle styrings- og organisasjonsstrukturen har som et overordnet politisk virkemiddel for å nå sentrale, nasjonale helsepolitiske målsettinger.

Departementet gir tydelige signaler om at det ikke vil bli foreslått store organisatoriske endringer som en del av arbeidet med ny helseplan. Det vises bl.a. til at det er gjennomført betydelige og gjennomgripende reformer innen helsesektoren de senere år, og at hovedstrategien i kommende helseplanperiode er å "vektlegge hensiktsmessige tilpasninger og konsolidering av nyetablerte strukturer og den samlede virkemiddelbruken, og utvikling av gode samarbeidsløsninger på tvers av organisatoriske grenser". Av nylig gjennomførte reformer trekkes spesielt fram sykehusreformen og fastlegeordningen. I tillegg framheves økt bruk av rettighetsvirkemidler samt at det er gjennomført betydelige endringer i finansierungsordninger for spesialisthelsetjenesten.

Fylkesrådmannen kan være enig i at hovedoppmerksomheten på kort sikt bør legges på gjennomføringer og tilpasninger av dagens hovedstruktur. Dette bør imidlertid ikke være til hinder for – snarere tvert i mot – at det arbeides systematisk med forbedringer og tilpasninger av dagens hovedstruktur. Fylkesrådmannen vil framheve tre områder som bør gis betydelig oppmerksomhet:

- Det politiske demokratiaspektet og involvering av sentrale aktører, ikke minst på regionalt nivå. Bl.a. bør det avklares innenfor hvilket handlingsrom de lokale/regionale aktører skal delta. Disse aktører bør få reell innflytelse innen definerte områder og bør ikke marginaliseres til kun generelt "meningsberettigede".
- Videre arbeid med avklaring og tydeliggjøring av ansvar og roller mellom helsesektorens ulike deler, herunder samhandling og helseforetakenes roller og funksjonelle avgrensning i forhold til kommunehelsetjenesten og avklaringer mellom forvaltningsområdene. Spesielt bør de prinsipielle ansvars- og rolleavklaringer mellom spesialisthelsetjenesten på nasjonalt nivå og den øvrige spesialisthelsetjenesten gjennomdrøftes. Også de styringsmessige utfordringer bør drøftes. Det vises bl.a. til foreliggende evalueringsrapporter til helseforetaksmodellen som nettopp tar opp spørsmålet om sterkere overordnet nasjonal styring innen deler av helsesektoren.
- Helsesektorens ressursmessige fundament, dvs. økonomiske og personellmessige rammebetingelser. Dette punktet kan hevdes å være uavhengig av overordnede struktur- og modellvalg, men er sentralt for å få helheten til å fungere.

Kapasitet og struktur

Høringsnotatet foretar en grei oppsummering av kapasitetsmessige og strukturelle utfordringer innen spesialisthelsetjenesten. Fylkesrådmannen savner imidlertid enda tydeligere strategier i tråd med verdigrunnlag og de gjennomgående, felles utfordringene i høringsnotatets del I og II. Fylkesrådmannen vil derfor spesielt framheve verdielementene nærhet, tilgjengelighet og strategier knyttet til desentralisering og lokal forankring, konkretisert slik:

- Primærhelsetjenesten står for den dominerende del av den brede kontaktflaten mot publikum. Det samlede helsetilbudet er derfor helt avhengig av en velfungerende primærhelsetjeneste som har et ressursgrunnlag, og er dimensjonert og organisert for å fange opp det brede spekteret av helsetjenester i befolkningen.
- Spesialisthelsetjenesten er et viktig og nødvendig "supplement", 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 oppgave- og rollefordeling og et velfungerende faglig og administrativt samarbeid (bl.a. i forbindelse med innleggelser, etterkontroller og utskriving av behandlede pasienter) mellom de ulike virksomhetsområder er avgjørende for å oppnå en helhetlig og individuelt tilpasset undersøkelses- og behandlingsskjede.

Konkrete betyr dette at den nye helseplanen - på en tydeligere måte enn høringsnotatet legger opp til - bør inneholde overordnede føringer og strategier for en videre utvikling med en klar desentralisert profil av bla.:

- institusjonsbaserte spesialistfunksjoner (lokal- og sentralsykehus, distriktsmedisinske og distriktpsikiatriske senterfunksjoner etc.)
- ambulante og polikliniske tjenester
- habilitering og rehabilitering
- prehospitale tjenester og akuttmedisin (ambulanse, luftambulanse, anestesi – kapasitet, fordeling, kompetanse etc.)
- geriatriiske spesialistfunksjoner
- tilbud til kronikere, pasientgrupper med særlig sammensatte lidelser og behov for tverrfaglig tilbud

Utdanning av helsepersonell

Fylkesrådmannen deler høringsnotatets understreking av den avgjørende betydning tilgangen på kompetent helsepersonell har for realisering av sentrale verdier som nærhet, kvalitet og likeverd og de operative målsettinger knyttet til kapasitet og tilgjengelighet.

Ikke desto mindre er det viktig å gjenta behovet for tydeligere markeringer av bedre geografisk spredning og fordeling av nøkkelpersonell. Som tidligere understreket, kreves det mer offensive strategier på dette felt.

Fylkesrådmannen vil i denne forbindelse også understreke at de ulike deler av helsesektoren bør videreutvikle samarbeidsrelasjoner med lokale og regionale utdannings- og kompetansegivende miljø. Her er det sannsynligvis fortsatt et betydelig potensial.

Sluttkommentar

Med disse betraktninger tilrår fylkesrådmannen at fylkestinget slutter seg til hovedopplegget for arbeidet med nasjonal helseplan (2007 – 2010), men at fylkestinget peker på enkelte konkrete ting som i særlig grad bør vektlegges i planarbeidet, jfr. forslaget til vedtak.

Kind Terje, Sent.adm OFK

Fra: Johannessen Berit, Sent.adm OFK**Sendt:** 22. juni 2006 14:45**Til:** Kind Terje, Sent.adm OFK; Hagrup Stig Helge, Sent.adm OFK**Emne:** Vedtak i sak 26/06**26/06 Nasjonal Helseplan (2007 - 2010) - Høringsuttalelse****Fylkesvaraordfører Aksel Hagen orienterte til saken.****Aksel Hagen fremmet på vegne av AP og SV følgende tilleggsforslag:**

- Fylkestinget viser til den påviste sammenhengen mellom bedre økonomiske og sosiale levekår og økt gjennomsnittlig levealder de siste 100 år. På bakgrunn av sammenhengen mellom levekår og helse ber Fylkestinget om en ytterligere målrettet innsats i regjeringens fattigdomsprogram, med spesiell vekt på innsats rettet mot familier med barn
- Et tilgjengelig barnevern vurderes som ett vesentlig tiltak med sikte på å forebygge psykiske lidelser. Fylkestinget foreslår en nasjonal evaluering av barnevernets tilgjengelighet i forhold til offentlige samarbeidspartnere
- Problemer som følger av misbruk av rusmidler og avhengighetsproblemer er store helsemessige utfordringer som er lite synlige i helseplanen. Fylkestinget foreslår en nasjonal opptrappingsplan mot misbruk av rusmidler og avhengighetsproblemer.

Harald Westby foreslo endring av pkt. 3 i tilleggsforslaget fra AP og SV:

Rusmisbruk gir store helsemessige utfordringer og er lite synlige i helseplanen. Fylkestinget foreslår en nasjonal opptrappingsplan mot misbruk av rusmidler.

Fylkesordfører foreslo nytt pkt. 9: Innspill fra Lillehammerregionen og folkehelsekoordinatoren i Valdres sendes med som vedlegg til høringsuttalelsen.

Votering:

Tilleggsforslag med endring: enstemmig vedtatt.

Fylkesrådmannens forslag til vedtak: enstemmig vedtatt.

Forslag om nytt pkt. 9: Enstemmig vedtatt.

Fylkestinget fattet slikt enstemmig**V E D T A K**

Fylkestinget slutter seg til hovedtrekkene i det foreslåtte opplegget for arbeidet med Nasjonal helseplan

23.06.2006

(2007 – 2010), men vil særlig understreke følgende:

1. Helsesektoren må bygge på sentrale verdier som kvalitet og likeverd. Disse verdiene må gjennom arbeidet med Nasjonal helseplanen fylles med et reelt innhold slik at de kan bli styrende for den praktiske oppfølgingen.
2. Av de ”Felles utfordringer” som er beskrevet i høringsnotatet fra Helse- og omsorgsdepartementet vil fylkestinget i særlig grad framheve:
 - a) Folkehelseperspektivet/forebyggende helsearbeid.
 - b) Samordning både innen og mellom helsesektorenes ulike deler og i forhold til eksterne samarbeidspartnere.
 - c) Psykisk helse og rus – gjennomføring i henhold til Stortingets forutsetninger for ”Opptappingsplanen”. Utvikling de senere år kan tyde på at det er et særlig behov for å gi økt oppmerksomhet til brukere med behov for langvarig døgnoophold og brukere med behov for omfattende og langvarig tjenestetilbud i kommunene
3. I tillegg til departementets forslag til tema under ”Felles utfordringer” foreslås, jfr. nærmere beskrivelse i saksframlegget:
 - a) Nærhet, trygghet og tilgjengelighet, herunder
 - Strategier for samhandling og desentralisering av helsetjenestene
 - Helsetjenestens bredde – og akuttfunksjoner
 - b) Brukerperspektivet /den ”nye” pasientrollen – sentral premiss for helseplanleggingen
 - c) Utfordringer knyttet til demografiske og sosiale endringer i befolkningen; økt antall eldre, endrede familiestrukturer, økt kulturelt mangfold, osv.
 - d) Helsesektoren som premissleverandør og drivkraft i den lokale og regionale verdiskapingen, herunder økt lokal og regional forankring av utviklings- og forskningsoppgaver.
4. Kommunehelsetjenesten er fundamentet i norsk helsetjeneste. Fylkestinget vil derfor understreke at:
 - a) Helsesektoren må samlet sett gis et økonomisk grunnlag som i et langsiktig perspektiv gjør det mulig å innfri overordnede krav om nærhet, trygghet og tilgjengelighet.
 - b) Det må utvikles
 - finansieringsordninger som ivaretar behov for langsiktighet og forutsigbarhet i de økonomiske rammebetingelser. Fylkestinget vil påpeke som et særlig problem at Stortinget bare gir forpliktende økonomiske rammer for ett og ett år, mens helsesektorens utfordringer og løsninger krever langsiktighet og forutsigbarhet.
 - økonomiske insentivsystemer som stimulerer til samarbeid, samordning og helhetlige løsninger, herunder sikrer langsiktighet innen høyt prioriterte områder som psykisk helse, rus, folkehelse/forebyggende helsearbeid osv.
 - c) Både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må dimensjoneres og organiseres slik at befolkningens behov for de ”brede” og ”alminnelige” helse- og sosialtjenester dekkes og samtidig får dekket behovet for ”supplerende” spesialisthelsetjenester
 - d) De særlige geografiske utfordringer i innlandet knyttet til lange reiseavstander, spredt bosetning, behov for desentraliserte tjenester osv. må ivaretas på en bedre måte enn i dag.
5. Fylkestinget ber om at forslag til Nasjonal helseplan 2007 - 2010 sendes på bred høring før Stortingets endelige behandling i desember. Berørte samarbeidspartnere bør også trekkes inn som en del av arbeidet med den praktiske gjennomføringen. Sistnevnte er særlig viktig for å drøfte konkrete prioriteringsspmå og for å klargjøre økonomiske og administrative konsekvenser av utviklings- og utbyggingstiltak.

6. Fylkestinget viser til den påviste sammenhengen mellom bedre økonomiske og sosiale levekår og økt gjennomsnittlig levealder de siste 100 år. På bakgrunn av sammenhengen mellom levekår og helse ber Fylkestinget om en ytterligere målrettet innsats i regjeringens fattigdomsprogram, med spesiell vekt på innsats rettet mot familier med barn.
7. Et tilgjengelig barnevern vurderes som ett vesentlig tiltak med sikte på å forebygge psykiske lidelser. Fylkestinget foreslår en nasjonal evaluering av barnevernets tilgjengelighet i forhold til offentlige samarbeidspartnere
8. Rusmisbruk gir store helsemessige utfordringer og er lite synlige i helseplanen. Fylkestinget foreslår en nasjonal opptrappingsplan mot misbruk av rusmidler.
9. Innspill fra Lillehammerregionen og folkehelsekoordinatoren i Valdres sendes med som vedlegg til høringsuttalelsen.

NASJONAL HELSEPLAN

Den kommunale helse- og sosialtjenesten

Generelt.

Nasjonal helseplan er et viktig dokument. Hvis man ønsker seriøse innspill er det relativt meningsløst å sende ut et så omfattende høringsdokument med så kort høringsfrist som her er gjort.

Kommunehelsetjenesten har utviklet seg betydelig siden kommunehelseloven ble innført i 1984 til i dag. Den var en generalisttjeneste. Men lovens ordlyd om at "kommunene skal gi nødvendig helsehjelp" har gjort at andre tjenestenivåer i større grad kan definere grensene for sin faglige virksomhet og overlate "resten" til kommunene.

Kommunehelsetjenesten har i økende grad blitt tillagt krevende, høyt spesialiserte oppgaver, både med hensyn til behandlingsoppfølging og ikke minst på pleie og omsorgssektoren. Det kan være oppgaver som kommunen har store vansker med å mestre pga at den nødvendige kompetansen ikke finnes i kommunen.

Det kan være store kostnader knyttet til å skaffe slik kompetanse og finansieringsordningene må ta hensyn til denne utviklingen. Vanskeligere er det imidlertid at personell med nødvendig kompetanse på pleie- og omsorgssektoren ikke finnes og vanskelig kan skaffes i kommunene. Spesielt i mindre kommuner med færre fagfolk vil det være vanskelig å få tilstrekkelig kompetanse i bredden av spesialiserte oppgaver.

Også på legesiden vil det kunne stilles spørsmål om allmennlegene i en del tilfeller vil ha den nødvendige kompetanse til de krav som stilles.

Kommentar til planen, del III.

Høringsnotatet gir kun en kort beskrivelse av dagens situasjon, uten konkrete forslag til fremtidsrettete løsninger for det forebyggende helsearbeidet.

Plandelen behandler egentlig bare utfordringene på pleie- og omsorgssektoren og legetjenesten.

Pleie- og omsorgssektoren.

Det er positivt at planen beskriver og angir nødvendighet av styrket samhandling mellom tjenestenivåene og behovet for faglig veiledning fra annenlinjetjenesten overfor kommunehelsetjenesten, spesielt pleie- og omsorgssektoren. Problemstillingen beskrevet over med stadig mer krevende pleie- og behandlingsoppgaver i kommunene erkjennes i planen. Tiltakene under kapittel 9.4 støttes.

I tillegg mener vi at annenlinjetjenesten i spesielle situasjoner må ha plikt til å stille spesialpersonell til disposisjon inntil nødvendig opplæring og kompetanse er på plass i kommunene dersom den mener kommunen skal være rette omsorgsnivå.

Vi støtter også betraktningene vedrørende styrking av legetjenesten i sykehjem m.v. Men rekrutteringen til slike stillinger er ikke bare et spørsmål om lønn og normtall. En stor svakhet ved tjenesten i dag er at større stillinger, uten tilstrekkelig kombinasjon med annen legevirksomhet, ikke gir kvalifiserende meritt i forhold til noen spesialiteter. Skal man stimulere rekrutteringen må tjenesten gi tellende meritt i forhold til andre spesialiteter eller til en egen spesialitet i sykehjemsmedisin. Det bør også arbeides for at flere av tilsynslegestillingene blir større enn de avtalefestete 7,5 timene som er det maksimale en fastlege kan pålegges i slik virksomhet.

Fastlegeordningen – allmennlegetjenesten.

Planen oppsummerer forhold som ble fremlagt i den nylig gjennomførte evalueringen av fastlegeordningen. Til tross for at hovedkonklusjonen er at reformen har vært positiv, er det svakheter vi også har erkjent i våre områder.

I og med at Lillehammer kommune var en av forsøkskommunene med ordningen vil vi påpeke at erfaringene i forsøksperioden var bedre enn i den permanente ordningen. Det skyldes at avtaleverket i forbindelse med den permanente ordningen reduserte legenes forpliktelser. I forsøksordningen hadde fastlegen ansvaret for pasientene hele tiden utenom den tid av døgnet hvor det var organisert legevakt. Det betydde ikke at de ikke hadde ferie og fritid, men at de ble tvunget til samarbeid utenom egen åpningstid, ved fravær og i ferier ved at de alltid måtte ha en oppgitt stedfortreder. Man bør fra sentralt hold bestrebe seg på å gå tilbake til forsøksbetingelsene. Legene, som ønsker å være selvstendig næringsdrivende, må også påta seg det fulle ansvaret ved slik virksomhet og ikke ha "arbeidstakerløsninger" mht. arbeidstid, åpningstid og ansvar.

Ellers bør fastlønnete legestillinger vil få en rennesanse, både fordi yngre leger som kan ha lyst på allmennmedisin, men er litt usikre på valget, ikke vil være villige til å ta de betydelige investeringene som er nødvendige for å etablere seg i dag, og fordi fastlønnete stillinger vil gi mulighet for bedre ivaretagelse av de ulike samfunnsmedisinske oppgavene.

At finansieringsordningen stimulerer mer til kurativ enn annen virksomhet er ikke et resultat av fastlegeordningen. Det var også tilfelle ved den stykkprisfinansierte avtalefestete allmennpraksisen som var hovedmodellen i tettere befolkete områder før fastlegeordningen ble innført.

De svakhetene som evalueringen har avdekket er også registrert hos oss, og de er større i byer enn i mindre distriktskommuner. Med det økonomiske løftet som innføringen av fastlegeordningen gav og den gode økonomien legene har fått burde det være mulig å stille større krav til hjelpepersonellbemanning slik at bl.a. telefontilgjengeligheten ble god. Enklere sanksjonsmuligheter overfor leger med et svakt servicenivå, men ikke så dårlig at det kan registreres som mislighold av fastlegeavtalen med kommunen, burde innføres. Bedre legedekning og konkurranse vil sannsynligvis bidra til bedring av disse forholdene.

Det er også vanskelig å forstå at ventetiden på time hos noen leger er høy, men konstant, når pasientpopulasjonen er gitt. I noen tilfeller burde det være mulighet for kommunen å kreve overføring av deler av pasientlisten ved tilfeldig uttrekk til leger med ledig kapasitet.

Det er viktig å arbeide for bedre integrering av fastlegene i en helhetlig kommunal helsetjeneste. Selv om det er betydelige forskjeller er det et generelt inntrykk at den ikke er

integreert i tilstrekkelig grad, dels pga. at legene er belastet med og opptatt av egen kurativ praksis, dels fordi det har ført til at andre deltjenester ikke bryr seg med å gå veien om fastlegen i samarbeidsøyemed. Dette kan være en ond sirkel.

Vi vil også påpeke at fastlegeordningen har gitt svakere legetjeneste til to hovedgrupper: Pendlere og studenter. Uansett hvor de velger å ha fastlege vil de ha problemer når de er på det andre oppholdsstedet. Disse to gruppene bør kunne ha to fastleger, en på bostedet og en på arbeids- eller studiestedet. Med dagens dataløsninger burde det være lett å administrere slik at de to fastlegene får et halvt pr. capitatilskudd hver. Begrunnelsen er at de neppe vil reise hjem ved mindre alvorlig sykdom eller skader, mens det motsatte som regel skjer ved alvorlige tilstander.

Et moment som ikke er behandlet i planen er turnuslegeordningen. Der vil man stå overfor betydelige utfordringer mht. tjenestens faglige innhold. Det skyldes en økning i tallet på turnusleger, redusert behov for turnusleger som arbeidskraft og, ikke minst, finansieringen av ordningen.

Finansieringen bør legges om slik at turnuslegene lønnes av Staten, at statlige tilskudd og praksisinntekter tilfaller den praksisen hvor turnuslegen har sin tjeneste og at det stilles strenge krav til veiledning og struktur i praksisen slik at turnuslegen sikres nødvendig breddekompetanse i løpet av tjenestetiden.

FORFRISKNING eller SYKELIGGJØRING?

Ine Wigernæs, dr.scient, Folkehelsekoordinator, Valdres

- **Forebyggende helse/folkehelse er billig og enkelt**
- **Hvordan gjøre det enkelt for mennesker å velge gode vaner?**
Løsningene ligger mer tilgjengelig og nærmere oss enn vi gjør dem til
- **Helse er noe du gjentar hver dag – ikke en engangsopplevelse**
- **Hvordan få mennesker til å føle at de selv har ansvar for helsa FØR de er definert som "syke" eller innenfor ekspertisen / helsevesenet?**
- **Helseinformasjonsstormen har bidratt til at mange føler seg forvirret, engstelige og føler at de trenger ekspertise for å ta ansvar / få kontroll over egen helse.**
- **For mange tjener penger på at vi ikke føler oss friske og robuste**
- **For få tør å ta beslutninger basert på langsiktige samfunnsøkonomiske gevinster ved forebyggende helsearbeid.**
- **Å satse på fysisk aktivitet som helhetlig folkehelseiltak er forbundet med JA og KLIN TIL, i motsetning til de andre folkehelsefaktorene mat (FY), alkohol (forsiktig), rus(nei) eller tobakk(ikke).**

Folkehelse og forebyggende helse (FFH) har i mange tilfeller dessverre blitt ulne og uangripelige begreper. Både for kommuner og enkeltmennesket.

Felles er at mange VIL, og sier at de vil, men viljen gjenspeiles ikke proporsjonalt på budsjettssidene. Alle regioner og kommuner i Norge vil i alle strategiske planer og festtaler si at de satser på FFH. Helsevesen og helseekspertise er pålagt under kommunehelseloven §1-2, men i realiteten overlates ofte mesteparten av folkehelsearbeidet til frivillige organisasjoner.

FFH lider under at de er avhengige av langsiktig tenkning fra beslutningstagere.

Reparering av helse er ofte komplisert og krever ekspertise og et sykdomsapparat. Denne repareringen er kostbar, men like fullt den enkleste måten for politikere å vise handlekraft og håndfaste beslutninger for publikum. Dessverre synes ikke hullet å bli redusert i særlig grad.

Illustrasjonen mellom FFH og reparering er enkel. Det er nå mer normalt for en nordmann over 35år å ha ryggplager enn å ikke ha det.

Rygg- og mageøvelser 20 minutter 2-3 ganger i uka på den blå matta på gulvet sammenlignes med kostnadene til en langtidssykmeldt ryggpasient. Helse- og sosialsjefer og trygdesjefer landet rundt har tallene.

Men tør de satse på den blå matta?

Helseinformasjon

Som helsedirektør 34år (1938-1972), la Karl Evang stor vekt på å drive "folkehelseopplysning" med et enkelt mål: å søke og utviske forskjeller mellom sosiale lag av befolkningen gjennom generell helseinformasjon. Mat, hygiene og seksualopplysning var noen av emnene.

Helseinformasjon om hva som er "bra og dårlig" for oss har kommet fram. Alle vet at røyking er usunt, gulrøtter er bra og at å pusse tennene hver dag er smart og at aktivitet er bedre enn å sitte stille.

Grunnlaget for å kunne uttale at aktivitet er bra for deg beror på over 1000 artikler per år de siste 8 årene som er publisert i tidsskrifter for fagområder sosiologi, psykologi, fysiologi, fysioterapi, medisin, arbeidsmiljø. Vi vet at hver gang vi vil undersøke om aktivitet er sunt, så vil svaret være JA. På alle molekyler i kroppen, benstruktur, hormonregulering, sunt hår, sunn hud og sunne negler, forbrenning, hukommelse, søvn, konsentrasjon, psykososial deltakelse i et samfunn, mestring og mestringstro samt depresjon. Forebygging av hjerte/karproblematikk, diabetes typeII, noen krefttyper og skjelett- og muskelsykdommer er også kraftig dokumentert. (Pasienter med langt fremskreden anoreksi samt enkelte andre er de eneste som ikke bør bedrive aktivitet der blodet strømmer litt raskere gjennom kroppen som følge av bevegelse). Men så tok det helt av. Helsefokus har eksplodert på internett og i uke- og dagspresse.

Vitenskapelige artikler kan lett "oversettes" til skremmel eller lovprising av enkelte treningsmetoder eller matprodukter av kommersielle aktører. Ofte blir påstander om mat og treningsmetoder "motbevist" media neste uke. Tilbake står en interessert men ofte svært forvirret helseinformasjonskonsument.

Men hvor er ekspertisen og de gode professorene og fagfolkene som VET at FFH er enkelt?

Språket deres kan bli for komplisert og vinner dermed ikke publikum selv om sannhetsgehalten er høy. Forskningspråket har mange forbehold og forbrukerne velger ofte å "stole på" / kaste seg på enkle løsninger fordi aktørene har et enkelt språk: "spis dette – du får bedre helse" – "gjør dette – få flatere mage".

Gyldigheten av lovnadene er svært dårlig.

Språket hos folk flest har kanskje blitt mer sofistikert ved all informasjonen. Vi snakker om enzymer, antioksidanter, omega3fettsyrer og karbohydrater men forståelsen av hva kroppen trenger, gjør og vil er sannsynligvis dårligere enn for en bonde i Valdres for 100år siden.

All informasjon om mat og treningsmetoder og hvilke øvelser og bevegelsesmåter som er smarte, kan skape et demonisk kappløp om å gjøre det "smarteste". Sykdommen ortorexi (frykten for å spise feil) har blitt en "ny" diagnose. Har vi skapt en informasjonssykdom eller i alle fall "ny" stressfaktor som følge av forvirring og høye skuldre i forhold til egen helse?

Holdningen kan dessverre bli "før når jeg ville gå ned 2kg så trente jeg litt mer og spiste litt annerledes, men nå vet jeg ikke om jeg skal velge Fedon eller Atkins eller Grethe Rohde eller løpe eller gå med staver eller svømme eller tung eller lett styrketrening....så da veier jeg heller 2kg for mye".

Informasjonen kan avle avmakt

Avmakt kan gjøre terskelen høyere for å velge å delta i aktivitet eller spise sunt og godt.

At i alle fall styrende organer nå synliggjør at FFH er meget enkelt, er helt avgjørende.

De som hevder at det er komplisert og dyrt har enten for dårlig kompetanse eller vil selge forbrukeren noe forbrukeren ikke trenger.

(Å smøre matpakke er den enkleste, billigste, sunneste og mest effektive lunsjen)

Som følge av tøff markedsføring av aktivitetsutstyr og spesialmat tror mange tror at FFH er vanskelig og dyrt og at det krever spesialutstyr. Dette til tross for at Norges befolkning aldri har vært bedre utdannet eller opplyste.

Men frykt treffer alle.

Strategien følger ofte den samme som den amerikanske filmregissør og forfatter Michael Moore beskriver:

"Dersom du mestrer kunsten å gjøre mennesker redde eller engstelige har du laget et stort kommersielt grunnlag for å selge en løsning".

Herunder faller både kosttilskudd kosmetikk og legemiddelbransjen (og selvsagt forsikringsbransjen).

(Kirken var forøvrig svært tidlig ute med å benytte denne strategien i sin selging av "skjærsilden", med påfølgende løsning: betal avlat å få det litt mer lunkent.)

Tilliten til at enhver har evne og mulighet til å gjøre noe selv bør gjenopprettes hos hver enkelt. Fagpersoner har dessverre også her vært nokså lavmælte når det gjelder å rette opp synet på at kroppen (selv om du er frisk) er udugelig og trenger "hjelp" i form av spesialmat, spesialaktivitet og annet spesialutstyr.

Ved sitt fravær har de dessverre dekket bordet for kommersielle aktører som vinner stort på å mer eller mindre bevisst å gjøre forbrukeren usikker på egen evne eller tro på egen kropps evne til å mestre.

For få tjener penger på at vi føler oss friske og robuste.

Sykeliggjøring?

Det har vært en tendens til at det er fristende å definere friske mennesker nærmere "syke" for å kapre kunder til etablerte helsetilbud. Dette er selvsagt styrt av mulighet for inntjening. Fasiten blir at mange føler mindre ansvar for egen helse og avhengighet til helse-ekspertise før det i realiteten er nødvendig.

Legemiddelindustrien henviser til egen forskning som viser at kritisk verdi for kolesterol/blodtrykk synker. Milliardgevinsten for firmaene er uomtvistelig ved å definere flere mennesker som medikamentstrengende. Bivirkningene av medikamentaliseringen ser vi først om noen tiår.

I Sverige er det nå gryende forståelse for at man kun skal gi pasienter medikamenter KUN dersom de har flere enn 1 risikofaktor for livsstilssykdommene (eksempelvis kolesterol/blodtrykk)

Å stimulere til forfriskning heller enn sykeliggjøring er et stort mål. Men da må det også lønne seg for andre aktører enn kommunale, å bedrive FFH i stor skala.

Aktivitet som helhetlig FFH-strategi

"Tap aldri lysten til at gå. Ingen tanke er så tung at du ikke kan gå fra den"

-Søren Kierkegaard-

For å stimulere til økt fysisk aktivitet har det ofte blitt fristet med at man kan "løpe fra eller unngå" en sykdom som kanskje kommer og tar deg i fremtiden. Suksessen med å bruke frykt som motivator er begrenset.

I dokumenter fra statlig og fylkeshold er rus/røyk/kosthold/sosial deltakelse og psykisk helse områder som alle enes om som "svært viktige".

Å satse på aktivitet kan være en mer spiselig variant, her gjelder ordet JA og KLIN TIL.

Røyk, rus, alkohol og kosthold er ofte forbundet med ordene NEI, IKKE og FY.

Aktivitetsinngangen kan være den mest spiselige faktoren med takhøyde, lyst og opplevelser.

- Det er for dumt å IKKE gjøre
- Det er INGEN bivirkninger.
- Alle KAN bli i litt bedre form.
- Responsen på trening er lik uavhengig av alder.

Hvordan og med hvilken intensitet og hvor mye økonomi hvert man vil legge i dette er opp til hver enkelt, men for alle i Norge er det overkommelig å leve et liv der blodet strømmer raskere gjennom kroppen som følge av aktivitet uten store økonomiske løft.

Beitostølen helsesportssenter og Buskerud fylkeskommune kan dokumentere at aktivitet er en inngang som ofte drar de andre folkehelsefaktorene med seg.

Samarbeid mellom kultur / historielag/ turlag kan gi store gevinster i form av stirydding, enkle kart og lokalhistorie og aktivitet for alle generasjoner og

friluftsopplevelser. Med på kjøpet får man kunnskap om orientering i et landskap, å kle seg hensiktsmessig og det å løse situasjoner sammen. Strukturer med skole, barnehage, næringsliv, samt frivillige organisasjoner i nærmiljøet av alle slag må premieres for at de skal sette aktivitet på timeplanen.

Tilgjengelighet.

- Står det gratis epler på hvert gatehjørne vil flere spise epler. Også de som ikke har gjort det før
- Er det gratis sprit på hvert gatehjørne vil flere konsumere dette. Også de som ikke har gjort det før
- Det er lite som tilsier at det samme ikke skulle gjelde for aktivitet.

Idrettslag har en struktur i lokalmiljøet som har et potensial som sjelden er utnyttet. Visjonen til Norges idrettsforbund er idrett for alle". Idrettslag som følger denne visjonen bør premieres og løftes fram

Toppidrett er dyrt (transport, losji, utstyr, ekspertise) for de få som velger dette. Å skape lokal aktivitet, volleyball, innebandy, kjentmannsturer, turorientering, styrketrening med og uten musikk, lokale fotballturneringer i alle aldre i hver kommune er ikke svært kostnadskrevende. Rundt skole, SFO, arbeidsliv eller idrett der enkelte i familien deltar.

Dokumentasjon

Det er bredt dokumentert hva som er sunn og usunn adferd. Derimot er det svært mangelfullt forskningsmateriale på hvordan samfunnet kan påvirke mennesker til å velge alternativet de selv vet er best for seg. Å mobilisere og stimulere til adferdsendring i stor skala er det få som har forsøkt.

At regioner helhetlig satser på FFH og er villige til å fokusere på å dokumentere effekter på subjektiv livskvalitet, objektiv helsetilstand og reell kommuneøkonomi bør stimuleres fra sentralt hold.

Kravet bør være at holdningen allerede er forankret både i næringsliv, politikk og frivillige organisasjoner og skole-/næringsliv.

Beitostølen helsesportssenter (BHSS) blir av de fleste oppfattet som et rehabiliteringssenter for mennesker med nedsatt fysisk funksjonsevne.

I realiteten bedriver de også FFH der tilpasset fysisk aktivitet er hovedvirkemiddel. Målet er å gjøre brukeren i størst mulig utstrekning uavhengig av helsevesenet og ekspertisen.

Fokus dreies på BHSS fra den ene funksjonshemmingen som foreligger, mot alle muligheter. Dokumentasjon rundt mestring, mestringstro, sosial deltakelse, livskvalitet og alle gode effekter, er reell og bred. Inngangen til sosial deltakelse kan være så enkel som å mestre EN aktivitet. Svært lite av oppholdet på BHSS går med til å lære OM bevegelse, men å rett og slett VÆRE i bevegelse.

Fasiten i folkehelsearbeid kan og bør være som på BHSS:

- Sterk faglig ekspertise (medisin, fysioterapi, pedagogikk, sykepleie)
- Meget enkelt budskap til brukerne/borgerne
- Repeterbarhet på hjemmebane
- Tilpasset aktivitet basert på lyst og mestring
- Tilgjengelighet

Buskerud fylkeskommune var pionerer på trening på resept via dokumentert effekt fra et sterkt fagmiljø på Modum. 3 måneders enkel aktivitet (gang / styrketrening på matte) 2 ganger per uke viser seg å være starten på et annerledes liv for en tung gruppe. Bygger man mestringsfølelse gjennom lavterskelaktivitet opplevde de at lysten til å spise sunnere og i tillegg endre røykevaner kom uten at det ble vektlagt av instruktøren (Pål Stenbro, Folkehelsekoordinator Buskerud Fylkeskommune).

Tilslutt:

"Vi har hatt fokus på bevegelse - i den tro at dersom man opplever positiv effekt av noe, bli man mer innstilt på å endre andre forhold –

Da først er vi i nærheten av å lykkes, når individet selv erkjenner behov og selv oppsøker behovstilfredstillelsen - i positiv folkehelseforstand"

-Jens Mørch-, kommunelege Vestre Toten / Søndre Land

Å basere mesteparten av FFH på frivillighet uten politisk vilje og lokale koordinatorfunksjoner vil bety kortsiktig og sporadisk suksess.

Aktivitet av alle slag er forebyggende og burde således vært prioritert tverrdepartementalt. Eksempelvis bør styrking av idrettslag som VIL satse på aktivitet for alle ligger pr i dag under kultur- mens gang- og sykkelveier burde blitt kraftig prioritert i samferdselsbudsjettet, i tillegg til nåværende folkehelsebudsjett.

- Tilgjengelighet til tilpassede, lystbetonte aktiviteter for alle aldre
- Kjennskap til at aktiviteter finns
- Lokale ressurspersoner både på arbeidsplass / lokalmiljø som vet hva sags aktiviteter som skal dras i gang (aktivitetskoordinatorer) slik at det er en enkel vei fra søknad til bevilgning av "småmidler" for å motivere til oppstart av all type aktivitet.
- FFH's innhold er en blanding av
 - Rema-reklame: det enkleste er det beste
 - Byggmakker: det skjer ikke noe før du begynner.

Vi må re-overbevises om at dersom blodet strømmer litt oftere gjennom kroppen som følge av bevegelse, har vi gjort en enkel, billig og en "nevenyttig" måte å oppnå helse på.

Vi må re-overbevises at vi selv har kontroll til å endre helsa vår uten ekspertise og dyre løsninger

May your hands always be busy

May your feet always be swift

May you have a strong foundation – when the winds of changes shift

-Bob Dylan-

NASJONAL HELSEPLAN

Den kommunale helse- og sosialtjenesten

Generelt.

Nasjonal helseplan er et viktig dokument. Hvis man ønsker seriøse innspill er det relativt meningsløst å sende ut et så omfattende høringsdokument med så kort høringsfrist som her er gjort.

Kommunehelsetjenesten har utviklet seg betydelig siden kommunehelseloven ble innført i 1984 til i dag. Den var en generalisttjeneste. Men lovens ordlyd om at "kommunene skal gi nødvendig helsehjelp" har gjort at andre tjenestenivåer i større grad kan definere grensene for sin faglige virksomhet og overlate "resten" til kommunene.

Kommunehelsetjenesten har i økende grad blitt tillagt krevende, høyt spesialiserte oppgaver, både med hensyn til behandlingsoppfølging og ikke minst på pleie og omsorgssektoren. Det kan være oppgaver som kommunen har store vansker med å mestre pga at den nødvendige kompetansen ikke finnes i kommunen.

Det kan være store kostnader knyttet til å skaffe slik kompetanse og finansieringsordningene må ta hensyn til denne utviklingen. Vanskeligere er det imidlertid at personell med nødvendig kompetanse på pleie- og omsorgssektoren ikke finnes og vanskelig kan skaffes i kommunene. Spesielt i mindre kommuner med færre fagfolk vil det være vanskelig å få tilstrekkelig kompetanse i bredden av spesialiserte oppgaver.

Også på legesiden vil det kunne stilles spørsmål om allmennlegene i en del tilfeller vil ha den nødvendige kompetanse til de krav som stilles.

Kommentar til planen, del III.

Høringsnotatet gir kun en kort beskrivelse av dagens situasjon, uten konkrete forslag til fremtidsrettete løsninger for det forebyggende helsearbeidet.

Plandelen behandler egentlig bare utfordringene på pleie- og omsorgssektoren og legetjenesten.

Pleie- og omsorgssektoren.

Det er positivt at planen beskriver og angir nødvendighet av styrket samhandling mellom tjenestenivåene og behovet for faglig veiledning fra annenlinjetjenesten overfor kommunehelsetjenesten, spesielt pleie- og omsorgssektoren. Problemstillingen beskrevet over med stadig mer krevende pleie- og behandlingsoppgaver i kommunene erkjennes i planen. Tiltakene under kapittel 9.4 støttes.

I tillegg mener vi at annenlinjetjenesten i spesielle situasjoner må ha plikt til å stille spesialpersonell til disposisjon inntil nødvendig opplæring og kompetanse er på plass i kommunene dersom den mener kommunen skal være rette omsorgsnivå.

Vi støtter også betraktningene vedrørende styrking av legetjenesten i sykehjem m.v. Men rekrutteringen til slike stillinger er ikke bare et spørsmål om lønn og normtall. En stor svakhet ved tjenesten i dag er at større stillinger, uten tilstrekkelig kombinasjon med annen legevirksomhet, ikke gir kvalifiserende meritt i forhold til noen spesialiteter. Skal man stimulere rekrutteringen må tjenesten gi tellende meritt i forhold til andre spesialiteter eller til en egen spesialitet i sykehjemsmedisin. Det bør også arbeides for at flere av tilsynslegestillingene blir større enn de avtalefestete 7,5 timene som er det maksimale en fastlege kan pålegges i slik virksomhet.

Fastlegeordningen – allmennlegetjenesten.

Planen oppsummerer forhold som ble fremlagt i den nylig gjennomførte evalueringen av fastlegeordningen. Til tross for at hovedkonklusjonen er at reformen har vært positiv, er det svakheter vi også har erkjent i våre områder.

I og med at Lillehammer kommune var en av forsøkskommunene med ordningen vil vi påpeke at erfaringene i forsøksperioden var bedre enn i den permanente ordningen. Det skyldes at avtaleverket i forbindelse med den permanente ordningen reduserte legenes forpliktelser. I forsøksordningen hadde fastlegen ansvaret for pasientene hele tiden utenom den tid av døgnet hvor det var organisert legevakt. Det betydde ikke at de ikke hadde ferie og fritid, men at de ble tvunget til samarbeid utenom egen åpningstid, ved fravær og i ferier ved at de alltid måtte ha en oppgitt stedfortreder. Man bør fra sentralt hold bestrebe seg på å gå tilbake til forsøksbetingelsene. Legene, som ønsker å være selvstendig næringsdrivende, må også påta seg det fulle ansvaret ved slik virksomhet og ikke ha "arbeidstakerløsninger" mht. arbeidstid, åpningstid og ansvar.

Ellers bør fastlønnete legestillinger vil få en rennesanse, både fordi yngre leger som kan ha lyst på allmennmedisin, men er litt usikre på valget, ikke vil være villige til å ta de betydelige investeringene som er nødvendige for å etablere seg i dag, og fordi fastlønnete stillinger vil gi mulighet for bedre ivaretagelse av de ulike samfunnsmedisinske oppgavene.

At finansieringsordningen stimulerer mer til kurativ enn annen virksomhet er ikke et resultat av fastlegeordningen. Det var også tilfelle ved den stykkprisfinansierte avtalefestete allmennpraksisen som var hovedmodellen i tettere befolkete områder før fastlegeordningen ble innført.

De svakhetene som evalueringen har avdekket er også registrert hos oss, og de er større i byer enn i mindre distriktskommuner. Med det økonomiske løftet som innføringen av fastlegeordningen gav og den gode økonomien legene har fått burde det være mulig å stille større krav til hjelpepersonellbemanning slik at bl.a. telefontilgjengeligheten ble god. Enklere sanksjonsmuligheter overfor leger med et svakt servicenivå, men ikke så dårlig at det kan registreres som mislighold av fastlegeavtalen med kommunen, burde innføres. Bedre legedekning og konkurranse vil sannsynligvis bidra til bedring av disse forholdene.

Det er også vanskelig å forstå at ventetiden på time hos noen leger er høy, men konstant, når pasientpopulasjonen er gitt. I noen tilfeller burde det være mulighet for kommunen å kreve overføring av deler av pasientlisten ved tilfeldig uttrekk til leger med ledig kapasitet.

Det er viktig å arbeide for bedre integrering av fastlegene i en helhetlig kommunal helsetjeneste. Selv om det er betydelige forskjeller er det et generelt inntrykk at den ikke er

integrert i tilstrekkelig grad, dels pga. at legene er belastet med og opptatt av egen kurativ praksis, dels fordi det har ført til at andre deltjenester ikke bryr seg med å gå veien om fastlegen i samarbeidsøyemed. Dette kan være en ond sirkel.

Vi vil også påpeke at fastlegeordningen har gitt svakere legetjeneste til to hovedgrupper: Pendlere og studenter. Uansett hvor de velger å ha fastlege vil de ha problemer når de er på det andre oppholdsstedet. Disse to gruppene bør kunne ha to fastleger, en på bostedet og en på arbeids- eller studiestedet. Med dagens dataløsninger burde det være lett å administrere slik at de to fastlegene får et halvt pr. capitatilskudd hver. Begrunnelsen er at de neppe vil reise hjem ved mindre alvorlig sykdom eller skader, mens det motsatte som regel skjer ved alvorlige tilstander.

Et moment som ikke er behandlet i planen er turnuslegeordningen. Der vil man stå overfor betydelige utfordringer mht. tjenestens faglige innhold. Det skyldes en økning i tallet på turnusleger, redusert behov for turnusleger som arbeidskraft og, ikke minst, finansieringen av ordningen.

Finansieringen bør legges om slik at turnuslegene lønnes av Staten, at statlige tilskudd og praksisinntekter tilfaller den praksisen hvor turnuslegen har sin tjeneste og at det stilles strenge krav til veiledning og struktur i praksisen slik at turnuslegen sikres nødvendig breddekompetanse i løpet av tjenestetiden.