

Saknr. 1621/06
Løpenr. 11963/06
Ark.nr. G00 &30.
Saksbehandler:
Fylkesrådet

NASJONAL HELSEPLAN 2007 - 2010 -HØRING

Fylkesrådets innstilling til vedtak:

Fylkesrådet legger saken fram for fylkestinget med slikt forslag til

vedtak:

Fylkestinget slutter seg til høringsdokumentet som lagt fram fra fylkesrådet.

Utrykte vedlegg:

- Høringsnotat Nasjonal helseplan (2007-2010), fra Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement

Hamar, 09.06.2006

Reidar Åsgård
Fylkesrådsleder

Fylkestingets endelige vedtak:

Fylkestinget slutter seg til høringsdokumentet som lagt fram fra fylkesrådet med følgende tillegg og endringer:

Fremstillingen i dokumentet er svært generell og blir derfor lite forpliktende for styresmaktene. Det er lite i forslaget Hedmark fylkesting kan si seg direkte uenig i.

Hedmark fylkesting ønsker, når strategier og tiltak skal besluttes, klare prioriteringer og målformuleringer med angivelse av ressursbehov, tid for gjennomføring og hvem som har ansvaret for gjennomføringen.

- 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.

Tilleggsforslag: under handlingsplan og strategier:

Hedmark fylkesting foreslår at det bør framlegges en helhetlig plan for ambulansetjenestene der ansvar for vilkår, internkontroll og nye oppgaver med IKT og nye pasientgrupper blir tilpasset fremtidige krav.

Hedmark fylkesting foreslår at det fremlegges en handlingsplan som omhandler stamcelleforskning særskilt.

FYLKESRÅDETS VURDERING OG KONKLUSJON:

Med endringsforslag framkommet i fylkestingsbehandlingen innarbeidet.

En nasjonal helseplan må være uttrykk for en ambisjon om å finne nasjonale strategier, som skal støtte opp under lokale og regionale myndigheters arbeid for å sikre gode levevilkår for befolkningen. Dette må være det klare operative målet med å lage en nasjonal helseplan. Høringsnotatet referanse til lege Paul Bunker, som på slutten av 90-tallet la fram en analyse av helsetjenestens bidrag til økt levealder i den vestlige verden de siste 100 år, dokumenterer betydningen av å ha et bredt perspektiv når regjeringen skal legge helsestrategier. Totalt har levealderen økt med 30 år. Kun 5 av disse kan tilskrives helsetjenesten. Av disse 5 årene har vaksinasjoner stått for en stor del.

Høringsnotatet beskriver tydelig verdien av å tenke helhetlig og å se sammenhenger i forhold til forebygging. Sektorovergripende innsats må til, og det er viktig at det i en nasjonal politikk legges strategier som fremme samarbeid over sektorgrenser og fylkes og kommunegrenser.

Det gjøres i dag mye bra arbeid rundt om i landet innen mange sektorer, og det er viktig at dette arbeidet stimuleres videre. Nye behov i befolkningen stiller krav om å legge nye strategier. Derfor er det viktig at det som trekkes fram i høringsnotatet om levevaner og fysiske og sosiale miljøfaktorer fører til at framtidige strategier legges opp i forhold til disse behovene. For å finne virkningsfulle botemidler, må en ta utgangspunkt i miljøer der mennesker oppholder seg og har kontakt med det offentlige. Partnerskapet som er etablert mellom kommunene og fylkeskommunene om folkehelsearbeid er i denne sammenheng viktig, og må få ytterligere stimulanser.

Stimulanser for å bedre samhandling kan gjøres på flere måter. En hovedforutsetning for å lykkes med dette er at samhandling er basert på likeverdighet mellom stat og kommunesektor. Avtaler mellom ulike aktører, tradisjonell regelutvikling og øremerkede midler som skal smøre samarbeid er tre metoder som kan brukes. Men det nok likevel slik at finansieringssystemene legger de sterkeste føringer på hvordan ulike organer forholder seg til hverandre. Hvis staten utformer finansieringsmodeller av egne underliggende organ og av kommunesektoren på en måte som fremmer og stimulerer til samarbeid, mer enn at de hemmer samarbeid, vil sektorovergripende samarbeid bli enklere. Regjeringen har varslet at den vil se på inntektssystemet for kommunesektoren på nytt. I den forbindelse er det viktig at en også får med i finansieringsmodellen stimulanser for samarbeid på tvers av kommuner og sektorer som en del av den generelle finansieringsmodellen.

Primærhelsetjenesten fundamentet i helsetjenesten

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

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

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

Høringsdokumentet peker på hvor viktig det er for store pasientgrupper, som kronikere eldre og andre som er hyppige brukere av helsetjenesten, å ha nærhet til behandlingstilbudet.

Etter vår vurdering må en nasjonal helseplan fokusere på behovet for en balansert utvikling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette betyr nå en sterkere ressursmessig satsing på kommunehelsetjenesten. Høringsdokumentet har også med en viktig diskusjon om lokalsykehusenes plass i spesialisthelsetjenesten, hvor en også for de store sykehusene må vektlegge at de også er lokalsykehus

Av konkrete områder vil vi trekke fram:

Bedre samhandlingsprosesser og samhandlingsrutiner

Etableringen av et avtalesystem basert på *likeverdighet* kan bidra til dette.

Det kan være behov for en 1 ½ linjetjeneste og bedre ansvarsfordeling mellom 1. og 2. linjetjenesten.

Sjukehotell eller observasjonsplasser kan være en riktig mellomløsning for pasienter som er ”utskrivningsklare” men ikke friske nok til å dra hjem. Dette ville være en trygghet for pasienten og familie og samfunnsøkonomisk riktig.

Bedre kapasitet i kommunene til å ta imot utskrivningsklare pasienter

Bedre kompetansenivå i kommunene og sykehus

Et viktig stikkord her er kompetansedeling, blant annet gjennom bruk av hospitering- og undervisningsordninger.

Bedre oppfølging og rådgiving i forhold til enkeltpasienter/brukere

Også her står samhandlingsperspektivet sentralt. Ordninger blant annet knyttet til bruk av ambulante team, veiledning etc. har vist seg å gi resultater.

Vi har mange gode eksempler på samhandlingstiltak som fungerer – det er viktig å sette læringsoverføring på dette området inn i et system. Så har vi mange eksempler på ting som ikke fungerer – ”skyttergravskriger” mellom kommune og foretak med ensidig utskrivning av bøter til kommunene er ett eksempel på dette. Likeverdighet mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste er

en forutsetning for god samhandling. Likeverdigheten understøttes ikke gjennom dagens betalingsforskrift for ferdigbehandlede pasienter, der spesialisthelsetjenesten ensidig har anledning til å skrive ut bøter til kommunene. Denne forskriften bør utgå, og erstattes med positive samhandlingstiltak og et avtalesystem. NAV-reformen er basert på et slikt avtalesystem mellom stat og kommune – det bør kunne kopieres elementer av dette for å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Psykisk helse

Omstruktureringen av det psykiske helsearbeidet krever mer av kommunene enn forutsatt i opptrappingsplanen. Dette forsterkes av at nedbyggingen i de psykiatriske sykehjemmene har gått mye lenger og raskere enn forutsatt. I opptrappingsplanen var det beregnet at det skulle være igjen 1400 døgnplasser i psykiatriske sykehjem i 2006. Nå ligger vi på ca. 200 – med andre ord langt mindre enn forutsatt. Dette øker behovet for tjenester og boliger i kommunene.

Nye kartlegginger (Byggforsk, Fafo) viser behov for langt flere boliger enn forutsatt i opptrappingsplanen – og at boligene har behov for i gjennomsnitt om lag ett årsverk pr. plass. Det er derfor viktig at målene for tilrettelagte boliger i kommunene oppjusteres og at de følges med nødvendige finansieringsvirkemidler og ressurser.

Det er også viktig å ta høyde for at psykiske lidelser i befolkningen øker, og at flere barn/unge får diagnoser. Grundige behovskartlegginger og virkemidler er nødvendig for å sikre et tilstrekkelig tilbud. Vi er enige i at barne- og ungdomspsykiatrien bør prioriteres høyt slik som det er foreslått. På grunn av den forventede demografiske utviklingen må alderspsykiatrien oppprioriteres.

Utgangspunktet for psykiatriplanen er at behandlingen bør skje nær pasienten og i stor grad utenfor institusjon. Det krever gode kommunale tilbud, og det betyr at kommunene må ta hånd om svært syke pasienter. Forutsetningen for at dette skal fungere, er at spesialisthelsetjenesten samhandler og bidrar med nødvendige oppfølgingstiltak. Veiledning, ambulante team – samt velfungerende DPSer og mestringsentra er viktige innsatsområder. Vi vil også på dette området peke på nødvendigheten av god samhandling knyttet til utskriving av pasienter.

I tillegg til de utfordringer reformen innenfor psykisk helsearbeid innebærer for kommunene, ønsker vi å peke på behovet for økt samarbeid og samhandling mellom barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien. Vi viser i denne forbindelse til undersøkelser som viser at barn med tjenester fra barnevernet er overrepresentert når det gjelder selvmordshyppighet, dødelighet og (ubehandlede) psykiske og somatiske lidelser.

Spesialisthelsetjenesten

Høringsnotatet er opptatt av behovet for bedre fordeling av de spesialiserte funksjonene ved sykehusene. Helt siden helsereformen har helseforetakene arbeidet med å gjøre strukturendringer mellom og innen det enkelte helseforetak. Begrunnelsen er todelt, for det første, den medisinske faglige utviklingen og pasienters forventning om spesialisert kompetanse krever større enheter og samling av fagmiljøer. For det andre er de økonomiske kravene til sykehusene så strenge at det må gjøres strukturendringer for å spare penger.

Noe av helsereformens begrunnelse var å få en organisering som bedre kunne se sykehusene i sammenheng. Mer helse for hver krone har vært noe av basisbegrunnelsen for reformen. Det er

viktig når en skal legge sykehusstrukturer framover at utgangspunktet må være sykehusenes samhandling med primærhelsetjenesten. Pasientens møte med helsetjensten starter og slutter her, med sykehusene som viktige samspillspartner.

I et fylke som Hedmark med lange avstander og spredt bosatt befolkning, er det viktig at sykehusenes akuttfunksjoner og prehospitale tjenester (herunder ambulansetjeneste/syketransport) fungerer tilfredsstillende for å gi befolkningen trygghet for å få hjelp når behovet er der.

Det er viktig med breddekompetanse ved lokalsjukehusene for å ta seg av pasienter med kroniske lidelser og eldre med sammensatte sjukdommer. Lokalsjukehusa skal ha nok kompetanse til å stille riktig diagnose. Dette kan redde liv.

Utbygging av DMS er positivt der det er langt til sjukehus. Men dette må ikke komme i stedet for etablerte sjukehus.

I forbindelse med at flere helseforetak har gjennomført endringer i oppgavefordeling og struktur, har debatten om manglende folkevalgt styring over sykehusene kommet. Det er viktig offentlige velferdstjenester oppfattes å være under folkevalgt styring. Det betyr at styrene i foretakene må ha tydelige politiske føringer fra sin eier (Storting og Regjering) å arbeide innenfor. En slik tydelighet vil hindre at vedtak gjort i styrene ikke stykkes opp og overprøves av eier. For mange omkamper på det som gjøres i sykehusstyrene vil over tid svekke styrenes legitimitet, og til slutt hele styringssystemets legitimitet.

Mer folkevalgt styring av struktur og oppgavefordeling i helseforetakene må bety at Stortinget og regjering får til behandling saker som legger klare føringer for det arbeidets som skal gjøres ute i foretakene eller at struktursaker må til Stortinget for godkjenning. Grepene som Regjeringen legger opp til med en nasjonal helseplan, er en måte å legge føringer på. Her kan de regionale foretakene få premisser til bruk i sin styring av det enkelte helseforetaks arbeid. En kan tenke seg at en nasjonal helseplan er inndelt regionvis for å legge opp premisser for struktur og oppgavefordeling innad i regionen.

Med en regionalisert nasjonal helseplan, må regionvise behov for helsetjenester ligge som basis. Med dette som utgangspunkt kan behov for strukturendringer for å bedre behandlingstilbudet synliggjøres, og legges som føringer for helseforetakene. Mulige rasjonaliseringsgevinster og omstillingskostnader kan komme fram og tiden de regionale helseforetakene har på å gjennomføre omstillingen. Dette vil være en ryddig og forutsigbar måte å gå fram på, hvor de enkelte foretak har tydelige rammer for sin planlegging.

Økonomi

Et viktig spørsmål i forhold til sykehusene er hvilke krav som stilles til hvordan sykehusene disponerer sine ressurser. Fordi økonomifokuset er så sterkt, har det festet seg et inntrykk av at sykehusene prioriterer "lønnsomme" pasienter. Stortinget har endret finansieringsordningen, så mer av finansieringen kommer som rammetilskudd og mindre på ISF. Dette vil ta bort noe av grunnlaget for økonomisk motiverte prioriteringer. Dette er bra, men om signalene er sterke nok til å sikre at "ulønnsomme" pasientgrupper med stort behandlingsbehov vinner bedre fram er usikkert.

Privat helsetjeneste

De siste årene har vi sett en sterk økning i antall private sykehus. Vi har privat helse for ca 7 milliarder i Norge. Fortsatt utgjør offentlige sykehus basisen i spesialisthelsetjenesten, men det er viktig at vi er på vakt mot å organisere sykehusene på en måte som åpner for en ytterligere privatisering av sykehusstilbudet. Soria Moriaerklæringen er klar på dette punktet, men her må det handles også. Det er særlig finansieringsordningene som baner vei for private sykehus, ved å åpne for at private sykehus skal få oppdrag for de RHFene. På lengre sikt kan dette føre til et press om å likebehandle de offentlige sykehusene med de private, så det tvinger seg fram en form for anbudskonkurranse om alt som gjøres innenfor sykehussektoren.