



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.
0030 OSLO

Helse- og omsorgsdepartementet
Vedlegg
S.nr. 200602349 - 156

HØYRINGSNOTAT – NASJONAL HELSEPLAN (2007-2010)

Fylkesmannen viser til høyringsbrevet av 22.05.06. Tal i parentes i dette brevet viser til sidetal i høyringsbrevet.

Me meiner at notatet er eit godt utgangspunkt for vidare arbeid med ein nasjonal helseplan. Det har mange gode intensjonar og haldningar, men er for generelt og har altfor lite konkrete føringar for helseforetak og kommunar. Notatet handlar stort sett om individretta tiltak og stort sett om her-og-no-oppgåver.

Kvalitet (s.12)

Det er viktig å problematisere at dette også må vurderast som nytte utover her-og-no-situasjonar, og at det derfor blir viktig å balansere forbrukarforventningar og faglege vurderingar. I helsetenesta er forbrukarsuvereniteten problematisk, derfor må helseplanen få tydeleg fram skilnaden mellom etterspørsel og behov og synleggjere kor markedsmechanismane ikkje strekk til.

Me er samde i at det må vere eit mål å fange opp behov på område der det vil vere aktuelt med særskilt innretta tiltak. Her vil me peike på risikoen for homogenisering av kommunale po-tenester. Det blir lagt stor vekt på at yngre pleie- og omsorgstrengande treng særskilte tiltak, men dette er like viktig for psykiatriske pasientar i kommunane. Det er også viktig at helseplanen får tydeleg fram at særskilte tiltak er noko heilt anna enn den diffuse frasen særomsorg.

Kvalitet krev også god nok kommunikasjon mellom tenesteytar og brukar, både språkleg og kulturelt. Derfor er det etter vår meining slett ikkje godt nok at notatet heilt saknar eit samisk perspektiv. Rett nok er det laga ein helse- og sosialplan for den samiske befolkninga, men den er nokre år gamal, og bør bli rullert som del av Nasjonal helseplan.

Prioriteringar (s.15-16).

Både folk flest og massemedia vil prioritere tiltak som gir godt synlege straksresultat, gjerne illustrert med enkeltpasientar. Me ser at dette ofte slår ut i prioritering av slike tenester, og press for å ta i bruk nye og kostnadskreivande metodar for undersøking og behandling – ikkje minst medikamenter. Slikt gir mest prestisje og ressursar til akuttmedisin og tiltak som kan gi litt forlenging i livets slutfase (for "dei som bygde landet"), og minst til langsiktige tiltak for dei som skal byggje landet vidare og rydde opp etter denne generasjonen. Me meiner dette blir skeiv prioritering, all den stund grunnlaget for god helse blir lagt i barndom og oppvekst.

Postadresse:	Besøksadresse:	Telefon:	e-post:	Landbruksavd.	Telefon:
		51568700	postmottak@fmro.no	Lagårdsv. 80	51568700
Postboks 59	Lagårdsv. 78	Telefaks:	Heimeside:	Postboks 59	Telefaks:
4001 Stavanger	Stavanger	51568811	www.fylkesmannen.no/rogaland	4001 Stavanger	51568811

Helseplanen bør leggje mykje meir vekt på å drøfte dette dilemmaet, og korleis det er viktig å gjere prioriteringar i langsiktige nok perspektiv. Me meiner det er viktig at Helseplanen kan fungere som ei motvekt mot lausrivne ad hoc-initiativ.

På s. 9 er opplyst at helse- og omsorgstenestene no brukar ca 10% av BNP, og figur 1 (s. 39) viser fordelinga. Men planen vil få større perspektiv dersom den også opplyser kva for sektorar som har hatt størst vekst, og om det er aktuelt å gjere endringar på dette.

Førebyggingstiltak (s.14).

Rudolf Virchow skreiv alt for 150 år sidan: "*Medisin er ein sosial vitenskap, og politikk er ikkje anna enn medisin i ein større samanheng*". Det ser ut til at kvar generasjon må lære dette på nytt, fordi det for ein stor del handlar om kvardagslege eller usynlege tiltak.

Endringane i tobakksskadeloven er blitt oppfatta som moraliserande. Men alle risiko-reducerande restriksjonar kan oppfattast som moralisering, det vere seg om røyking, tablettbruk, fartsgrenser, aldersgrenser eller barneporno.

Overordna styring (s. 19).

Eit kjernesporsmål i helseplanen må vere avveginga mellom kva staten skal styre, pasientrettar og kommunal fridom. Dette spenningsfeltet krev ei grundig vurdering i eit så sentralt strategidokument. Kommunal styring skal etter vår meining ikkje vere eit mål i seg sjølv, men eit middel til å oppnå så mangt - alt frå lokal identitet til gode tenester. Men me ser at statleg styring stundom er eit vilkår for at lågprestisjegrupper skal kunne nå opp i ressurskonkurransen med tunge deltenester som eldreomsorg.

Samhandling (s.20).

Det er viktig at spesialist- og kommunale tenester lagar "saumlause" tenester mykje oftare enn til no, men me ser at økonomien ofte kan vere til hinder for dette, og det kan også bli vanskeleggjort av at spesialisttenestene einsidig kan definere grensesnittet mellom seg og kommunale tenester. Helseplanen bør drøfte desse spørsmåla. Me meiner også at det er viktig med eit formalisert samarbeid mellom Staten v/HOD og kommunane v/KS, mellom anna for å gi felles, praktiske signal til tenesteytarane.

I notatet saknar me meir praktiske tilnærmingar til samhandling. Vilkåret for god samhandling er at partane både a) ser kva pasienten treng, b) ser at ein sjølv ikkje kan hjelpe godt nok aleine, og c) ser kven ein må samhandle med for å gi pasienten gode nok tilbod. Kunnskapsbasert praksis og organisering skal sikre kvalitet i samhandlinga både innafor og mellom dei ulike nivåa i helsetenesta, men her er det ei utfordring at spesialisttenestene ofte kjenner for lite til kommunale tenester og strukturar

Psykiatri og kommunale tenester er særleg avhengige av å arbeide holistisk og over tid, og derfor er dei særleg avhengige av å få til samhengande tiltaksnettverk (eit betre forklaringsord enn tiltakskjede, jf nedanfor).

IKT-tenester kan vere ei støtte for samhandling, mellom anna fordi det legg så godt til rette for felles vurderingsgrunnlag, men det primære er likevel at deltenester må ha god nok kunnskap om kvarandres muligheter. Me vil understreke individuelle planar som eit godt samhandlingsverktøy, som det bør leggjast mykje tyngde på å få nok i bruk.

Psykisk helse (s. 23).

Helseplanen bør kvantifisere at 50.000 menneske har alvorlege kroniske psykiske lidelsar, at 20.000 av desse har varige og kontinuerlege behandlings- og bistandsbehov, og at i tillegg kjem 150.000 andre med alvorlege psykiske lidingar med tidvis store behandlingsbehov (tal frå Rådet for psykisk helse). Men det er bare 5.300 døgnplassar i psykisk helsevern, og derfor må det aller meste av arbeidet for desse menneska gjerast i kommunane.

(s.25) Psykisk helsevern sjølv meiner at 40% av inneliggjande pasientar ville vere betre tent med kommunale tilbod. Dette understrekar etter vårt syn at kommunale tenester for denne målgruppa ikkje bare treng større kapasitet men også langt større faglegheit. Opptappingsplanen la opp til ca 4.800 nye årsverk i kommunane, men bare ca 300 av desse med særleg kompetanse for psykisk helsearbeid (125 høgskuleutdanna med vidareutdanning i psykisk helsearbeid og 184 psykologar), og det gir fint lite av ekstra faglegheit. Helseplanen må drøfte personalbehovet i kommunane, sett på bakgrunn av desse nye røynslene.

Det er meininga at slike tenester skal vere *"tilgjengelige og rettferdig fordelt"* (s.23). Me har inntrykk av at ein del kommunar har organisert seg på slike måtar at det psykiske helsearbeidet verken blir lett synleg eller lett tilgjengelege for brukarane, og då kan det knapt bli rettferdig fordelt. Her bør det vere aktuelt for HOD og KS å kome med felles tilrådingar til kommunane, på grunnlag av røynslene med opptappingsplanen så langt, jf det me har skrive ovanfor om samhandling sentralt.

Gjennom Opptappingsplanen har Staten lagt mykje ressursar og prestisje i arbeidet for å ruste opp og modernisere desse tenestene, men etter 2008 blir dei øyremerkte opptappingsmidlane venteleg lagt inn i det generelle rammetilskotet - utan øyremerking eller formell styring. Me kjenner til at mange fagfolk er redde for at denne sektoren då på nytt skal bli nedprioritert, og me ser at statleg styring med forventningspress ikkje er særleg effektivt for å sikre fordelingsrettferd. Tendensen er at lågprestisjetenester taper i budsjettkonkurransen med allmenne tenester, slik at brukarane ikkje får likeverdige levekår og tilbod. Helseplanen bør drøfte kor mykje rettighetslovane (på individnivå) treng supplerings med anna statleg styring (på befolkningsnivå) for å sikre likeverd i alle deler av landet, i tråd med Stortinget sin strategi for psykisk helse.

IKT (s. 29).

Notatet seier at *"Manglende tillit til driftsstabilitet hemmer i dag digital utvikling i helseforetakene"*. I tillegg kjem risikoen for at uvedkomande kan hakke seg inn i databasen, noko som vil vere særleg ille der det gjeld personlege helseopplysningar. Jf. det som i desse dagar skjer ved St. Olavs hospital i Trondheim. Det er fint at helseplanen set fokus på desse utfordringane, men løysingane må venteleg hentast andre stader frå.

Våre røynsler med Kostra er at det er eit ypperleg verktøy for å synleggjere område der det kan vere særleg risiko for svikt, men at det er til lite hjelp utan å bli grundig supplert med lokalbaserte vurderingar (s.19).

Forsking (s.30).

Forsking vil gi mest nytte på noko lengre sikt. Me er samde i at det er viktig å stimulere til meir forsking, ikkje minst for å få betre systematisering og utnytting av det enorme kunnskapstilfanget som alt finst i tenestene. Men slik ressursbruk vil kome på tvers av kortsiktige budsjettkrav om mest mulig behandling for pengane for kvart år, og tenestene ser ut til å vere mykje meir styrt av økonomi enn av ønske om fagutvikling. Helseplanen bør

fokusere på dette dilemmaet, og bør også vise samanlikningstal for forskningsressursar: for oss og andre land det er naturleg å samanlikne oss med.

Figur 1 (s.39) har feil overskrift: skal vere helse- og omsorgstenester. Men den viser at kommunale helse- og omsorgstenester brukar nesten like mykje ressursar som spesialisthelsetenestene og har 2,5 gonger så mange årsverk som dei. Dei kommunale tenestene skal vere basis for helsetenesta, og då må konsekvensen vere å bruke ein mykje større del av forskningsressursane på dei. Der meiner me det er særleg viktig å styrke forskningsarbeidet i tenester med låg prestisje og/eller store ressursbehov, og då særleg psykisk helsearbeid og rusomsorg.

Helse og lokaldemokrati (s. 43).

Det er klart at kommunane er betre i stand til å prioritere ressursar og utforme tiltak i samsvar med lokale behov og føresetnader enn det staten er, på kort sikt, og at staten – særleg rikspolitikarar – bør vere varsame med innspel i enkeltsaker. Men det er staten som ofte kan vurdere langsiktige utviklingstrekk og konsekvensar best. Dette er ein viktig del av kraftfeltet kommunal fridom <==> statleg overstyring, og me meiner at helseplanen må drøfte dette nærare.

Kommunane har altså ein hovudrolle som gjennomfører av mesteparten av dei nasjonale strategiane, men avgjer sjølv kor mykje dei vil bry seg om desse. Staten har lover, forskrifter og øyremerkte midlar som styringsmiddel. Helseplanen bør drøfte nærare kor mykje staten vil bruke av slikt og kor mykje ein vil overlata til statleg forventningspress, fordi dette vil vere viktig for framtidig tenesteutvikling. Me meiner at det vil vere meir funksjonelt å rekne kommunane som kontraktørar enn som underordna til staten, og at det derfor er viktig med løpande og langsiktig dialog med kommunesektoren, i ein samarbeidsstrategi i lag med KS.

Omsorgstenester.

(s.34) Den varsla stortingsmeldinga om framtidas omsorgstenester må gjere ei praktisk avgrensing av omsorgsbegrepet. Det er viktig å erkjenne at omsorg, rehabilitering og behandling flyt saman på heilt ulike måtar og mengder i eldreomsorg, i tiltak for psykisk utviklingshemma eller i psykisk helsearbeid i kommunane, fordi brukargruppene har heilt ulike behov. Her trengs det eit mykje klarare begrepsapparat enn i dag, for å sikre at grupper med særlege behov får særlege tiltak og for å unngå bruk av den uklare frasen "særomsorg".

(s.43) Grensesnittet mellom sjukehusstenester og kommunale tenester har endra seg mykje dei siste få åra, og det ser ut til å vere meir av foretaksøkonomiske enn av faglege årsaker. Når me ser på utviklinga i liggjedøgnsforbruket i somatiske sjukehus for heile landet i perioden 2002-2004, så auka det med 5% for aldersgruppa 67-79 år men blei reduisert med 8% for gruppa 80 år+. Dette betyr at sjukeheimane blir forventna å skulle fungere mykje meir som B-sjukehus for eldre no enn for bare få år sidan, og helseplanen bør drøfte dei strategiske konsekvensane av dette. Rapport nr 7/2005 frå Statens helsetilsyn konkluderte med at det er "*grunn til å tro at faglig forsvarlighet er på strekk i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten*", både når det gjeld omfang og kompetanse. Me kan bare slutte oss til det.

(s.45) Ordet behandlingskjede bør skiftast ut med behandlingsnettverk, fordi moderne behandlingssopplegg ofte må handle om samspel på kryss og tvers mellom fleire partnerar: sjukehusavdeling – lokalsjukehus/DPS – kommunale helse/omsorgs/sosialtenester – brukarar/pårørande.

(s.46) Demensomsorg må vere ei kommunal oppgåve, men helseplanen bør understreke behovet for styrka støtte frå spesialisthelsetenestene. Den bør også omtale jus kring særlege tvangslignande tiltak som stundom trengs for å ta vare på tungt demente.

Allmennlegetenester (s. 44 og 46)

Notatet opplyser at det "har i de senere år vært en positiv utvikling i den generelle legedekningen i kommunehelsetjenesten" (s. 44 2. avsnitt). SSB-tala nedanfor viser utviklinga for årsverk pr 1.000 innbyggjarar dei siste 30 åra:

0,44 i 1976	0,60 i 1983	0,70 i 1985	0,75 i 1988 og 1992
0,82 i 1995 og 1998	0,84 i 2000	0,91 i 2001 og 2002	0,90 i 2003
0,88 i 2004	0,89 i 2005		

Me ser at det blir rettare å skrive: "Det var en positiv utvikling fra 1970-tallet fram til 2002, men stagnasjon de siste åra". Det er grunn til å stille spørsmål om dette er fordi start-kostnadene for eigen allmennpraksis er blitt så høge dei siste åra, og om det derfor kan vere aktuelt med fleire kommunale allmennpraksisar for å rekruttere betre, - også kvinnelege legar.

Me er samde i at fastlegeordninga var eit godt fagleg grep, men meiner at fastlegen si rolle som samordnande instans må bli mykje sterkare presisert, i tråd med merknadene til § 7 i fastlegeforskrifta.

Samfunnsmedisin.

Notatet nemner ikkje noko om behov for samfunnsmedisinsk kompetanse utover det som trengs for statleg tilsynsarbeid (s.42). Planen skal drøfte framtidige utfordringar når det gjeld omstilling, prioriteringar og forventningsgap. Nettopp derfor meiner me det er særleg viktig at kommunane har samfunnsmedisinsk kompetanse, både for å vurdere helselaterte utfordringar i eit lengre tidsperspektiv og for å vere med i tilpassing av statlege strategiar og signal i lokalsamfunnet på beste måte. Dersom helseplanen ikkje seier noko om dette, vil det bli oppfatta som eit tungt signal om at kommunane ikkje har bruk for samfunnsmedisinsk kompetanse, og dette vil vere i strid med kommunehelsetenestelova § 1-4.

Med helsing

Ole Mathis Hetta
fylkeslege, avdelingsdirektør

Torleiv Robberstad
ass. fylkeslege

Kopi pr e-post: Fylkesmennene
Sosial- og helsedirektoratet
Statens helsetilsyn

Saksbehandlar: Torleiv Robberstad.
Saksbehandlars telefon: 51 56 87 58.
E-post: torleiv.robberstad@fmro.no