



FYLKESMANNEN I OSLO OG AKERSHUS

Helseavdelingen

Helse og Omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref.: Deres dato: Vår ref.: Saksbehandler: Dato:
 22.05.2006 2006/7873 FM-H Egil Storås 0307.2006

HØRINGSNOTAT - NASJONAL HELSEPLAN (2007-2010)

Generelt.

Den fremlagt høringsnotat er generell og overordnet. Innspillene er nødvendigvis noe fragmentert og preget av høringsinstansens utgangspunkt.

Utfordringer for folkehelsen - forebygging

I tillegg til de momenter som nevnes som grunnleggende for god helse bør effekten som sysselsetting har på folkehelsen tas med. Undersøkelser har vist at manglende sysselsetting øker risiko for sykdom og tidlig død. I vårt samfunn gir den enkeltes arbeidssituasjon identitet og følelse av egenverdi og motivasjon for mestring. Trygd og velferdstiltak kompenserer ikke for tap av helse som manglende sysselsetting medfører. Sysselsetting blir en økende utfordring i et samfunn med et næringsliv med stadig større krav til tilpasningsevne i en økende globalisert verden.

Helsetjenestens rolle i det generelle folkehelsearbeidet er avgrenset, men ikke uviktig. Det må stilles forventninger til helsetjenesten om å bidra med sin kunnskap og erfaring som grunnlag for planlegging og drift av det løpende folkehelsearbeidet. Helsetjenesten har gjennom sin kontinuerlige kontakt med hele bredden av befolkningen oppdatert kunnskap om hvordan samfunnet virker på den enkeltes helse og trivsel. Dette er kunnskap som ikke benyttes dersom den ikke blir etterspurt. Kommuneleger og helsesøstre er kjente kunnskapsressurser på området, men også fastleger og pleie og omsorgspersonell får nært kjennskap til sårbare befolkningsgrupper og i hvilke grad tilbud gir dem tiltenkt livsinnhold og nødvendig egenkontroll.

I st.meld. 16, "Resept for et sunnere Norge", legges det vekt på at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal styrkes, særlig for å ivareta brukere med psykososiale problemer. Erfaring har så langt vist at Helsestasjon for ungdom har hatt bra oppslutning av brukere som har psykiske problemer. Da tilbudet som gis til barn og unge i kommunene er ulikt er det nødvendig med en særlig innsats for å følge opp intensjonene i stortingsmeldingen.

Spesialisthelsetjenestens rolle i det forebyggende arbeidet bør også nevnes. Vi har gode erfaringer med helsefremmende sykehus både ved Akershus universitetssykehus og sykehuset Asker og Bærum.

Postadresse:	Besøksadresse:	Telefon: 22 00 35 00	Saksbehandler: Egil Storås
Postboks 8111 Dep	Tordenskiolds gt 12	Telefaks:	Direkte telefon: 22 00 39 09
0032 OSLO	Inngang sjøsiden	Internett:	E-post: postmottak@fmoa.no
		www.fylkesmannen.no/OsloOgAkershus	Org.nummer: NO 974 761 319

En av de største utfordringene i folkehelsearbeidet er å utjevne sosial ulikhet, (gradientutfordringen). Det forutsetter utvikling av effektive forebyggingsmetoder som kan brukes i praksis, samt å finne måter for å nå frem til de ulike grupper, bl.a. innvandrere fra den ikke vestlige verden.

Det er viktig innsatsen innen helsefremmende virksomhet er samordnet og sektorovergripende. Dette bør tilstrebes på alle nivåer, mellom departementene, de ulike etatene regionalt og lokalt, og sammen med de frivillige organisasjonene. Dersom en ikke har felles satsing i departementene på folkehelsearbeidet slik at det gis prioritet nedover i systemene, kan en ikke forvente å oppnå de resultat som er satt. Det er behov for utvikling av gode kartleggingsverktøy til å få oversikt over helsetilstanden i kommunene. Et alternativ er lokale kartlegginger som er gjennomført i Akershus: "Helseprofil for barn og unge i 2002 og for voksne i 1998.

Strategi for kvalitet og prioritering

Det har ikke manglet på gode intensjoner innen kvalitetssatsing i helsetjenesten. I enhver næringsvirksomhet er god nok kvalitet ensbetydende med god økonomi. I helsetjenesten synes det å være atskilte verdier, uavhengig, som oppleves til dels motstridende og tilsynelatende ustyrbare. Faglige krav til kvalitet og administrative krav til sparing skviser aktørene og forstyrrer samhandling. Denne utfordringen er vanskelig å møte med innføring av kvalitetskriterier som ventetid og korridorpasienter. Det er behov for omfattende standardisering av system og prosedyrer, for eks. prioritering, utredning, for å jevne ut utilbørlige forskjeller i praksis og for å fastsette kvalitetsnivå på ulike områder som er faglig akseptabelt og som samsvarer med de ressurser som er avsatt.

Vi har nå hatt kvalitetsutvalg ved sykehusene siden 1994. Helsetilsynets oppfølging, blant annet gjennom meldingssystemet om pasientskader, tyder på at utvalgene enda fungerer meget ulikt, og ikke synes har funnet sin form. Det synes å være behov for kompetanse, særlig innen analyse og evaluering, og det synes å være behov for utvikling av virkemidler og metoder for å få iverksatt endringer basert på erfaringene som gjøres. Statlig eierskap av spesialisthelsetjenestene skulle gi styringsmulighet til at vi i dette landet skulle kunne bli ledende internasjonalt i kvalitetsutvikling i helsetjenesten, blant annet med hensyn til pasientsikkerhet.

En nasjonal plan må også skissere strategier for kvalitetsutvikling i kommunene. Pasientsikkerhet er også et sårbart område i kommunehelsetjenesten. Det er også i kommunene behov for kvalitetsutvalg for helsetjenesten. Men før en slik ordning eventuelt innføres bør det utarbeides retningslinjer som konkretiserer forventningene til et slikt utvalget.

Status for psykisk helsevern

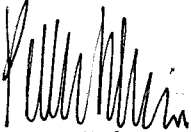
Det blir viktig – både nå de siste årene av "Opptappingsplanen for psykisk helse" – og ikke minst i årene etter opptappingsperioden, at det blir lett tilgjengelig og brukbar statistikk på dette området. KOSTRA har i dag ikke egnede parameter, for eks. "dagsenter" for psykisk helsearbeid blir registrert sammen med "dagsenter" for pleie og omsorg. Dagsenter for psykisk helsearbeid er aktiv rehabilitering i motsetning til pleietilbud. Viktige yrkesgrupper som arbeider spesielt i forhold til psykisk helse som psykiatriske sykepleiere, ergoterapeuter, vernepleiere, sosionomer er registrert i KOSTRA etter hvor de er organisert altså under PLO, under Helse eller under Sosial. Tallene vil derfor i liten grad gjenspeile den offentlige satsing for psykisk helse.

bydeler/kommuner og da er det vanskelig å opprette fora der samhandling kan drøftes og evalueres. Ordningen bør evalueres, blant annet, med tanke på hvordan disse pasientgruppene skal sikres nødvendig medisinsk behandling.

Spesialisthelsetjenesten

Det er i den foreslåtte planen lagt opp til å satse på lokalsykehus. Motivene for denne satsingen bør klargjøres bedre slik at satsingen kan bli styrt og evaluert. Slik rollen er skissert i høringsnotatet, vil de kunne bli et slags b-sykehus, som skal ivareta pasienter med kroniske lidelser og akutte tilstander som ikke krever komplisert utredning og behandling. Disse sykehusene må forventes å bli prioritert ned av pasienter innen ordningen med fritt sykehusvalg. De vil også lett bli prioritert ned som valg av arbeidssted av helsepersonell, med mindre det blir etablert særlige rekrutteringstiltak. Et lokalsykehus kan videre i et slikt system lett bli spesialsykehus. Mange forhold, for eksempel spesialkompetanse hos enkeltpersoner, kan medføre utilsiktet bruk av institusjonen som forskyver ressursfordelingen til fortrengsel av de pasienter sykehuset er ment å gi plass for. Dette er ikke nødvendigvis argumenter mot en slik ordning, men momenter som bør tas med i den slik vurdering.

Med hilsen



Petter Schou
fylkeslege



Egil Storås
seniorrådgiver

Samarbeidet internt i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, mellom poliklinikker, døgnplasser og DPS er ikke god nok og bør være gjenstand for presisering. Det bør være klare oversiktlige rutiner for det interne samarbeidet mellom de ulike avdelinger i helseforetakene for å sikre en sammenhengende behandlingsskjede for denne sårbare pasientgruppen.

Spesialisthelsetjenestens tilbud til barn og unge med psykiske lidelser er riktignok noe styrket i løpet av opptrappingsperioden, men ikke tilstrekkelig. Dette viktige området bør bli gjenstand for større satsing.

I høringsutkastet hevdes det at det primære målet for tjenester til personer med psykiske lidelser er å styrke livsstandard og funksjonsevne gjennom brukervedvirkning og egen mestringsevne. En viktig forutsetning for at disse målene skal nåes er at personene det gjelder har en økonomi som tilsier at de kan delta på vanlige livsarenaer. Boutgiftene i tilrettelagte boliger er ofte så høye at personene som bor der forblir varige sosialklienter. Dette er en utfordring som bør vies oppmerksomhet.

En etter hvert stor gruppe mennesker er i behov for strenge rammer selv om de blir vurdert som utskrivingsklare fra døgnoophold i sykehusavdelinger. Det gjelder de pasientene med alvorlig sinnslidelse som i perioder trenger låst dør – og samtidig innsats fra spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester, for eksempel pasienter med atferdsproblematikk eller dobbeldiagnosen psykiatri - rus. Dette utgjør et av de største problemområdene i våre fylker. Slik det er i dag, har kommunene begrenset mulighet til å kunne hankses med slike problem fordi det ikke uten videre er hjemmel for å låse dører eller å skjerme når for eksempel folk blir voldelige etter å ha ruset seg. Vi har lite kunnskap om omfanget av behovet og hva slags innsats som kan være til hjelp. Vi mener derfor det trenges systematisk forskning på og kartlegging av dette problemområdet.

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i helsetjenesten

Det vises til innspill til nasjonal helseplan vedrørende dette området fra Sosial og helsedirektoratet. Synspunktene støttes av Fylkesmannen. Vi vil likevel påpeke et bruksområde for IKT som synes lite utnyttet i helsetjenesten i forhold til de tekniske mulighetene. Det gjelder bruk av IKT - verktøyet som beslutningsverktøy og barriere mot medisinske feil. Det arbeides mye med utvikling av IKT innen kommunikasjon og dokumentasjon, men i mindre grad til bruk i den medisinske beslutningsprosess ved for eksempel implementering av standardprosedyrer.

Den kommunale helse- og sosialtjenesten

Det er nå gått nærmere 7 år siden Sosial- og helsedepartementet la frem en rapport om sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester. Det ble skissert 3 modeller. Det er ikke blitt tatt stilling til disse forslagene. Erfaringene fra utviklingen vi har opplevd etter gjennomføring av spesialisthelsetjenestereformen og etablering av fastlegeordningen har aktualisert en klargjøring av oppgave- og ansvarsfordelingen mellom 1. og 2. linjetjenesten. På grunn av manglende klarhet, forsinkes faglig utvikling av helsetjenesten for pleietrengende pasientgrupper. Dette har ført til unødig press på spesialiserte tjenester og til ressurskrevende byråkrati istedenfor samhandling.

Fastlegjetjenesten er kommet for å bli. Slik den har tatt form er det en tjeneste som ikke uten videre favoriserer pasienter med komplekse lidelser og behov for sammensatte offentlige tjenester og miljømessig tilrettelegging. Fastlegene er individuelt ulike og tilbudet varierer deretter. Disse pasientene har gjerne behov for et vidt spekter av kommunale tilbud hvor fastlegen er en sentral premissleverandør. Mange fastleger har pasienter spredt i ulike