

**Sakshandsamar:**

Bjørn Birger Bremer

E-post: bjorn.birger.bremer@sf-f.kommune.no

Tlf: 57 65 61 31

Vår ref.

Sak nr.: 06/1873-11

Gje alltid opp vår ref. ved kontakt

Internt l.nr.

13417/06

Dykkar ref.

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Dato

LEIKANGER, 05.07.2006

Nasjonal helseplan for 2007-2010

Høyringsfråsegn

Fylkesutvalet i Sogn og Fjordane gjorde på møte 04.07.06 slikt samrøystes vedtak i sak 090/06:

”Sogn og Fjordane Fylkeskommune har følgjande innspel til høyringsnotatet til Nasjonal helseplan 2007 –2010:

Høyringsnotatet gjev i hovudsak ei god skildring av status og utfordringar i helsetenesta. Samstundes er utforminga generell og lite forpliktande på ei rekkje punkt. Difor kan fylkeskommunen støtte hovudstrategiane slik dei er skisserte. Likevel vil vi halde fram at dokumentet er sterkt prega av ei tydeleg tru på at helsetenestene kan styrast med utgangspunkt i nasjonalt utforma løysingar som skal nyttast og kopierast på lokalt og regionalt nivå. Tidlegare blandingsmodell med sterke innslag av lokale løysingar tykkjest ikkje stå sterkt i den føreliggande strategien. Det er ei utfordring å bygge inn korrigerande og supplerande kunnskap i styringa og organiseringa av helsetenestene

Dialog med regionale styresmakter viktig

Fylkeskommunen ønskjer å bidra aktiv til ein dialog om viktige helsepolitiske problemstillingar både i fylket vårt og i resten av regionen. Helsetenesta yter viktige velferdstilbod av stor betydning for alle. I tillegg er den også ein viktig samfunnsaktør med vesentleg betydning for arbeidsplassar, busetnad og den totale kompetansen i fylket.

Vi ønskjer ein konstruktiv dialog der også desse rollene blir sett i samanheng med dei spesifikke helsepolitiske utfordringane.

I ei rekke høyringsuttalar i samband med taktskiftet i den nasjonale helseplanlegginga frå midten av 90-talet, har fylkeskommunen gjeve uttrykk for at kunnskapstilfanget i planleggingsarbeidet på nasjonalt nivå ofte var sterkt prega av ståstaden til dei sentrale aktørane. Region- og universitetssjukehusa sine perspektiv vann sterkare fram enn det lokale perspektivet. Nasjonale standardar tek alt for ofte utgangspunkt i dei høgspesialiserte miljøa. Dermed går viktige lokale perspektiv tapt.

Det finst få absolutte sanningar av fagleg-administrativ karakter innan sjukehusleiing. Mange vil ha oss til å tru det. Ofte er slike ”objektive” standardar i sin karakter politiske.



I fylkeskommunen si tid som ansvarleg for spesialisthelsetenesta laga vi ei rekke ulike helseplanar. Vi registrerte tydeleg at absolutte nasjonale ”standardar” vart tilpassa på ein god måte på dei mindre helseinstitusjonane.

Dette fekk vi til fordi politiske prosessar hadde evne til å mobilisere alternative utgreiingar og synsmåtar. Totalt fekk vi dermed eit betre tilpassa tenestetilbod.

I det vidare aktuelle arbeidet må vi få fram alternativt kunnskapstilfang på dei ulike fagfelt. Det vil vi best lukkast med ved at vi greier å engasjere lokale og regionale styresmakter. Dei må få innsyn. Vi må skape openheit. Då vil vi lukkast med – på ein godt avvega måte – å modifisere dei ibuande sentraliserande kreftene som vi no ser tydeleg avspegla i tankane kring styring av spesialisthelsetenesta

Lokalsjukehusa

I avsnittet om utviklingstrekk i kapitlet om strategi for kvalitet og prioritering vert det sagt at ”de senere år har det vert et mål å redusere uønsket variasjon i tjenestetilbudet.”

Det vert i den samanheng vist til ”Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten .. og bedre skal det bli”. Samstundes vert det i avsnittet om status slege fast at ein i dag ikkje har systematisk oversyn over områda med fokus i den same nasjonale strategien for kvalitetsforbedring. Likevel vert det drive eit betydeleg omstillingsarbeid med fokus på lokalsjukehusa og med tilvising til behovet for å betre kvaliteten i tilbodet her

Rolla til lokalsjukehusa bør utgreiast nærare. Beredskapstenester - inkludert akuttfunksjonar og fødetenester, tenester for kronikar og eldre - må utformast slik at vi får robuste og levedyktige lokalsjukehus med god rekruttering og høg kvalitet.

Tankane om det framtidige innhaldet i lokalsjukehusa er ikkje godt nok fundert i faktisk kunnskap om drifta av dei små sjukehusa. Vi ser turbulente tilstandane kring småsjukehusa - ikkje minst i vårt fylke. Dette tek vi ikkje berre som teikn på motvilje mot omstilling. Kanskje tek ikkje dei framlagde modellane godt nok vare på den særmerkte kontakten mellom lokalbefolkninga og lokalsjukehusa. Dette er det viktig å vere merksam på i det vidare arbeidet

Nærsjukehuset i Florø

Prosjektet ”Nærsjukehus Florø” i regi av Helse Vest må utviklast i tråd med målsettinga om eit fagleg nært tilpassa tilbod til ei veksande gruppe kronikarar som er storforbrukarar av sjukehusstenesta.

Vi må vere audmjuke for lokale fagfolk sine innvendingar mot utviklinga.

Større fokus på snøghjelp og dei eldre sin bruk av helsetenester.

Frå vår ståstad kan det sjå ut som om ein i dei seinare åra har hatt mykje av fokuset i spesialisthelsetenestene mot elektiv behandling. Samstundes viser ein nyleg framlagd rapport ”Utviklingstrekk i helse og sosialsektoren” at i 2001 nytta eldre over 66 år (13% av befolkninga) ca. 47% av sengekapasiteten ved somatiske sjukehus. Frå 1999 til 2004 auka talet på sjukehusopphald for dei over 80 år med 23%. Det er dei eldre sin del av snøghjelpinnleggingar (ØH) som aukar, og reinnleggingar auka også. Det kan synast som om helsetenestene sitt fokus dei seinare åra har hatt for lite fokus i høve desse pasientgruppene. Dette bør nasjonal helseplan rette opp.

Folkehelse

Det er bra at ein i planen legg opp til strategiar for auka satsing på folkehelsearbeidet. På dette feltet ønskjer fylkeskommunen å utvikle nærare samarbeid med helseføretaka. Spesielt gjeld det innan forskning, vidareutdanning og kompetanseheving.

Fylkeskommunen stør at planen - som ein overordna strategi - no legg opp til eit heilskapleg perspektiv på helsetenestene. Dette vil klårt gjere det lettare å legge vekt på førebygging og helsefremjande arbeid - eller om ein vil – eit samla folkehelseperspektiv.

Fylket vårt kan skryte av å vere i den rette enden på mange statistikkar i høve ulike helse- og sosiale tilstandar. Vi likar å sjå på oss sjølv som eit ”friskt” fylke både i helse- og sosiale samanhengar.

Men samstundes er vi også – etter ein del mål – storforbrukar av spesialiserte helsetenester. Det gjeld i alle høve dei som er offentleg organiserte. Det er lett å stille spørsmålet: Kvifor nyttar Sogn og Fjordane så myke resursar på ”reparerande” tenester når fylket samstundes - i eit folkehelseperspektiv - er ”friskare” enn andre?

Vi må vere varsame med å tru at samanhengane mellom desse tilhøva er enkle og eintydige. Til det veit vi så langt for lite om dette. Det bør satsast ressursar på vidare studiar og forskning på samanhengane mellom folkehelse og bruk av helsetenester. Dette bør vere eit vidare satsingsområde i den nye planen. På kort sikt må ein ikkje falle for lettvinde konklusjonar.

Sogn og Fjordane er eit godt egna fylke for vidare studiar av folkehelse spørsmål.

Helse- og sosialtenestene er viktige for regional utvikling

Endring i arbeidsdeling og endring i rammeføresetnadene i helseføretaka utfordrar grunnlaget for sysselsetting av høgt utdanna personar. Vi er uroa over at dette vil få store negative konsekvensar for folketalsutviklinga i fylket.

Etter at den desentraliserte utbygging av helsesektoren og høgskulane tok til, ser vi i vårt fylke at kommunane med sjukehus – og dei fleste nabokommunane deira - har hatt folketalsvekst. For mest alle dei andre kommunane, har det vore nedgang. Ei årsak til dette er at helsesektoren har ein type arbeidsplassar som det moderne servicesamfunnet treng, og som gir kvinner ettertrakta arbeidsplassar.

Vi kjem ikkje utanom at dette er eit viktig element i det regionale utviklingsarbeidet, sjølv om det reint helsefagleg ikkje er eit spesielt relevant poeng i lokaliserings- og dimensjoneringsdebattar.

Levedyktige samfunn er avhengige av baa kjønn i ei rimeleg god blanding. Dersom dei attraktive og kompetansekreivjande arbeidsplassane i helsesektoren forsvinn, vil det forsterke problema med at alt for få kvinner no vel seg ei framtid i Sogn og Fjordane. Også det private næringslivet treng velfungerande velferdstilbod som grunnlag for å lokalisere verksemdar og arbeidsplassar.

Vi har ofte registrert at stabil og nær tilgang på kvalifiserte helsetenester er avgjerande for både nylokalisering og for vidareføring av eksisterande næringsverksemd.

Likeverdige tenestetilbod krev ulikskap i ressurstildeling

Målet om likeverdige helsetenester til innbyggjarane i landet må stå ved lag. Alle skal ha likeverdig tilgjenge til moderne spesialisthelsetenester med god kvalitet, kapasitet og akseptabel nærleik.

Både innhaldet i tenestene og lokaliseringa av tenestene må ta høgde for utfordringar knytt til lange reiseavstandar. Dette vil særleg gje seg utslag i vårt fylke.

I ein tidleg fase la fylkeskommunen opp til å informere det regionale helseføretaket om tankar, idear og prioriteringar frå fylkeskommunen si tid som sjukehuseigar. I denne informasjonen vart det også lagt vekt på den høge kostnadssituasjonen generelt. Grunnen til det høge nivået er små volum, lite befolkningsgrunnlag, vanskeleg geografi. Dette gjeld særleg for Førde sentralsjukehus.

Vi minte allereie då om at det er viktig å følgje opp kravet om rettferdig nasjonal fordeling. Dette vart også klårt formulert i den felles regionale helseplan som vår fylkeskommune utarbeidde saman med Hordaland og Rogaland.

Vi ønskte at helseføretaka måtte legge vekt på:

- ❖ Utvikling av fire likeverdige helseføretak med vekt på service, kvalitet og forskning. Dette krev ulikebehandling i tildeling av ressursar
- ❖ God kommunikasjon med kommunehelsetenesta
- ❖ God kommunikasjon med lokale og regionale styresmakter
- ❖ Openheit

Det er bra at dette no er særskilte aktuelle erkjenningar og dermed også utfordringar i det vidare nasjonale helesplanarbeidet.

Men vi er ikkje nøgde med den aktuelle tildelinga av resursar. Det går både på tildelinga til Helse Vest – og sjølvstilt til Helse Førde.

Helse Førde argumenterer no med at ikkje alle kostnadane knytt til strukturen i Sogn og Fjordane er fanga opp i noverande modell for inntektsfordeling. Sentrale element i Helse Førde sin argumentasjon er mellom anna:

- ❖ Kommunane i Sogn og Fjordane har eit utgiftsbehov som er 13,8% høgare enn landsgjennomsnittet. (NOU 2005:18)
- ❖ Fylkeskommunen har 22,9% høgare utgifter enn landsgjennomsnittet på sin tenesteproduksjon
- ❖ Det er ikkje noko som tyder på at spesialisthelsetenesta i vårt fylke har ein annan profil på sitt utgiftsnivå.

Det er bekymringsfullt at Helse Vest i fleire omgangar har endra dei relative økonomiske rammevilkåra til Helse Førde i negativ lei. Vi meiner at basistilskotet i større grad må ta høgde for dei spesielle kostnadene som er knytt til drift av spesialisthelsetenestene i Sogn og Fjordane.

Auka rammer til Helse Vest og Helse Førde

Vi forventar at skilnadene mellom dei regionale helseføretaka når det gjeld økonomiske rammer vert utjamma snarast. Vidare forventar vi at investeringsnivået ved sjukehusa vert auka slik at bygningsmassen og medisinsk-teknisk utstyr vert vedlikehalde og vidareutvikla.

For å realisere dei helsepolitiske måla for dei prioriterte pasientgruppene må dei økonomiske rammene for Helse Førde aukast.

Utvikling av ny medisinsk teknologi er eit prioriterings- og kostnadmessig dilemma. Dei noverande rammene gjev store etterslep i Helse Førde i høve innkjøp av medisinsk teknisk utstyr.

Følgjande pasientgrupper må få eit styrka tilbod i planperioden:

- ❖ psykisk sjuke – særleg psykisk sjuke barn
- ❖ rusmiddelmissbrukarar,
- ❖ eldre og pasientar med kroniske sjukdomar og pasientar som treng rehabilitering/habilitering.

På kort sikt må Helse Førde få til ei auka satsing på:

- ❖ Iverksetjing av kreftplanen
- ❖ Desentraliserte dialysetilbod
- ❖ MR-maskin på Nordfjord (MR = Magnetresonanstomograf)
- ❖ Team for lindrande behandling
- ❖ Starte bygging av rusinstitusjon på Nordfjordeid
- ❖ Opptrapping av patologi
- ❖ Geriatrieteam

Rekruttering

Kapitlet om utdanning manglar etter vår vurdering strategiar for korleis ein skal sikre rekruttering av helsepersonell til distrikta. Dette bør takast med i endeleg versjon av nasjonal helseplan.

Primærhelsetenesta har rekrutteringsproblem. Specialisthelsetenesta må ta omsyn til dette og finne gode løysingar med utgangspunkt i dei lokale forholda. Nye samhandlingsmodellar mellom primær- og specialisthelsetenesta må utviklast.

Dei små sjukehusa har ei viktig rolle når det gjeld utdanning av legar. Tal turnusplassar ved sjukehus er i ferd med å bli ein flaskehals. Turnusteneste ved lokalsjukehusa er ein viktig arena for rekruttering av legar til kommunehelsetenesta.

Reduksjon i tal turnusplassar i distrikta vil kunne få negative følgjer for rekruttering til kommunehelsetenesta.

For ein del år sidan vart utdanning av medisinstudentar desentralisert til mellom anna sjukehusa i Førde, Haugesund og Stavanger. Tiltaket har - sett frå vårt fylke - vore særskild vellukka og er eit positivt bidrag i arbeidet med å rekruttere legar både til sjukehus og kommunehelsetenesta.

Mangel på legespesialistar er stor i Helse Førde. Dette medfører store ekstraavgifter. Vi må difor utvikle eit system med ekstra rekrutteringstiltak for å skaffe fleire spesialistar til vårt fylke.

Ei sterk omstrukturering av lokalsjukehusa på Nordfjordeid og i Lærdal vil kunne få negative følgjer også for Førde Sentralsjukehus. Vi vil åtvare mot ei utvikling som fører til at utdanning av medisinstudentar ikkje lenger kan skje i Førde.

Vidare fører auka grad av spesialisering til større rekrutteringsvanskar – særleg på lokalsjukehusa, og vi manglar "lokalsjukehusspesialisten" innan akuttmedisin, kirurgi og fødselshjelp. Dette vil vere viktig utfordringar i tida framover.

Avtale om samhandlingsformer- folkevalde i styra for helseføretaka

I høyringsnotatet vert det vurdert om det bør bli inngått ei avtale mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og kommunane ved KS. Vidare at avtalen kan følgjast opp med ytterlegare avtalar mellom føretak og kommunar. Vi trur det er fornuftig å formalisere ein slik avtale på sentralt hald. Denne bør likevel presisere at det er behov for å tilpasse ein nasjonal politikk til lokale forhold, ikkje minst når det gjeld samarbeidsformar mellom nivåa og når det gjelder kva for oppgåver som lokalsjukehusa skal gjere. Det bør bli gitt stor fridom til lokal tilpassing basert på lokale forhold.

Ei avtale på sentralt nivå mellom KS og fylkeskommunane bør også formalisere samhandlingsformar mellom fylkeskommunane og dei regionale og lokale helseføretaka, slik at det blir klårgjort kva for rolle og kva slags samhandlingsformer fylkeskommunane skal ha i høve helseføretaka.

Ordninga med at folkevalde utgjer over halvparten av styra for helseføretaka er eit viktig skritt for å forankre føretaka hjå folket i fylka. Dette er ein krevjande blandingsmodell.”

Med helsing

Bjørn Birger Bremer
fylkesdirektør