

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres referanse
200602349-/IMN

Vår referanse
2006/6926-3-56040/2006-SVRO

Klassering
G

Dato
16.06.2006

Høringsnotat - Nasjonal helseplan (2007 - 2010) - Uttalelse fra Fredrikstad kommune

Fredrikstad kommune har mottatt høringsnotatet til Nasjonal helseplan. På grunn av den korte fristen er det ikke mulig behandle notatet politisk. Det avgis derfor en administrativ uttalelse knyttet til de fire spørsmålene som er stilt i høringsnotatet.

1. Er det andre forhold som bør trekkes fram i omtalen av status?

Beskrivelsen av status og utfordringer i kapittel II "Felles utfordringer" og kapittel IV "Spesialisthelsetjenesten" samsvarer godt med vår oppfatning.

Tilsvarende beskrivelse i kapittel III "Den kommunale helse- og sosialtjenesten" er kortere og, etter vårt skjønn, noe utilstrekkelig. Kapitlet beskriver summarisk mangfoldet av tjenester kommunene er pålagt å drive og har en litt mer utdypende beskrivelse av fastlegeordningen. Utfordringene som er nevnt begrenser seg imidlertid til omsorgstjenesten. Vi registrerer for øvrig at det vil bli fremlagt en egen stortingsmelding om omsorgstjenesten, og at mange problemstillinger vil bli tatt opp der i stedet for i Nasjonal helseplan.

Under "Dagens tjenestetilbud" i kapittel III er samfunnsmedisinsk kompetanse beskrevet som en forutsetning for at kommunene skal kunne ivareta sine oppgaver innen smittevern og planlegging av helsetjenesten. Vi vil påpeke at andre samfunnsmedisinske oppgaver også er viktige. Kommunene har betydelige utfordringer i å motarbeide sosial ulikhet i helse. De kommunale samfunnsmedisinerne har en viktig funksjon i å medvirke til at helsehensyn, og ikke minst hensynet til å motvirke sosial ulikhet i helse, blir tydeliggjort i planer og beslutninger. Denne funksjonen må gjøres gjeldende i alle relevante kommunale sektorer og i kommunens håndtering av eksterne aktører. Helsekonsekvensutredninger har i økende grad blitt et viktig virkemiddel. Nødvendig kompetanse på dette feltet må finnes hos både samfunnsmedisinere, annet personell innen miljørettet helsevern og hos dem som forvalter plan- og bygningsloven.

Noen av tiltakene for å motvirke sosial ulikhet i helse er rettet mot utsatte grupper. Vi vil her nevne helsetjenester rettet mot rusmiddelavhengige. Legemiddelassistert rehabilitering og lavterskel helsetilbud er viktige tjenester som trenger forutsigbare rammevilkår. Dagens ordning med øremerkede statstilskudd som blir fastsatt i statsbudsjettet for ett år om gangen, og der tildelingen først skjer på våren det året midlene skal brukes, gjør det svært vanskelig for kommunene å etablere og opprettholde slike tilbud.

Jnder omtalen av fastlegeordningen er ikke legevaktvirksomheten nevnt. Alle kommuner vlikter å ha en legevaktordning. Mindre kommuner har ikke tilstrekkelig antall leger til å ha egen ordning, og det er vanlig å etablere interkommunale ordninger. I økende grad skjer dette også for større kommuner. Ofte kan det bedre kvaliteten på legevaktarbeidet. For kommunene er det et problem at driften av interkommunale ordninger i større grad enn kommunale ordninger må finansieres over kommunebudsjettet. (I interkommunale ordninger har legene krav på fast timelønn fra kommunen for arbeid mellom kl. 23.00 og kl. 08.00, mens legenes honorar for samme tidsrom dekkes av folketrygden og egenandeler fra pasientene i kommunale ordninger.) Etter vår mening bør finansieringen av legevaktordningen være den samme for alle kommuner.

2. Er det lagt vekt på de mest sentrale utfordringene?

Også i denne sammenhengen samsvarer det som er nevnt i kapittel II og kapittel IV godt med våre oppfatninger. Ikke minst er vi glade for vektleggingen av oppvekstforholdene for barn og unge og forpliktende avtaler for samhandling mellom kommuner og helseforetak.

I kapittel III nevnes at det er en stor utfordring for spesialisthelsetjenesten å gi pasienter med kroniske sykdomstilstander og syke eldre med sammensatte lidelser en tjeneste med god tilgjengelighet, kapasitet og kvalitet. Nærheten til kommunehelsetjenesten med tanke på samarbeid og nærheten til pårørende er viktig for disse gruppene. I samme kapittel understrekes behovet for en bedre nasjonal samordning av investeringene i helseregionene. Vi ser behovet for å påse at landets sykehus samlet sett ikke får overkapasitet. Samtidig vil vi be om at hensynet til nærhet tillegges tilstrekkelig vekt, slik at store investeringer i Oslo og Akershus ikke fører til at befolkningen i Østfold, som er et naturlig eksempel for oss, mister nærhet til sykehustjenester.

I kapittel II om den kommunale helse- og sosialtjenesten vil vi støtte vektleggingen av å etablere sammenhengende behandlingsskjeder og å bedre legetjenestene i sykehjem.

I tråd med merknadene våre til spørsmål 1 vil vi påpeke behovet for å sikre og vedlikeholde samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunene. Vi er kjent med at Sosial- og helsedirektoratet har oversendt en plan for styrking av norsk samfunnsmedisin til Helse- og omsorgsdepartementet og vil anbefale at tiltakene i planen blir tatt inn i Nasjonal helseplan.

Vi ser det som urealistisk at alle norske kommuner skal ha tilstrekkelig kompetanse på de delvis overlappende feltene samfunnsmedisin og miljørettet helsevern. Et økende antall mindre kommuner etablerer interkommunale ordninger. Denne utviklingen bør støttes.

Det er også viktig at den nasjonale helseforvaltningen sørger for at kommunene har de verktøyene som trengs for å få en mer målrettet helsetjeneste og for å sikre helsehensyn i kommunal planlegging. Det har i lang tid vært et savn at det ikke finnes lett tilgjengelige data på kommunenivå. Vi ser fram til Sosial- og helsedirektoratets etablering og videreutvikling av nettportalen "kommunehelseprofiler".

3. Hva bør stå sentralt i de strategier og tiltak som skal møte utfordringene?

Forholdet mellom nasjonal styring og lokaldemokrati er en utfordring i helsetjenesten. I utredningen er det pekt på at både stat, kommune og den enkelte tjenesteutøver har ansvar

for et kvalitativt godt tjenestetilbud. Gjennom lover og forskrifter får befolkningen rettigheter overfor helse- og sosialtjenesten i kommunene, og kommunene har plikt til å innfri rettighetene. Noen rettigheter oppfattes som uklare. Hvilket innhold og omfang de enkelte helsetjenester skal ha fastsettes ulikt av ulike kommuner. Det gir geografiske forskjeller i tjenestetilbudet ut over det som har med lokal tilpasning å gjøre. Oftest har forskjellene økonomisk begrunnelse. Kommunene prioriterer ulikt innenfor sine trange budsjettammer. Ikke minst er det lett å nedprioritere forebyggende tiltak.

Sosial ulikhet i helse er blant de største helsepolitiske utfordringene i Norge. Vi hilser regjeringens varslede strategi mot sosial ulikhet i helse velkommen. For å nå dette målet kreves at en rekke planer og beslutninger på ulike nivåer og i ulike sektorer prøves mot spørsmålet: Hvilke konsekvenser har dette for sosial ulikhet i helse? Etter vårt skjønn er det nødvendig å gjennomføre en systematisk og omfattende bruk av helsekonsekvensutredninger.

4. Hvilke prosesser bør gjennomføres før strategier og tiltak besluttet?

På dette spørsmålet har vi intet nytt svar. Gjeldende praksis, med høringer i relevante fagmiljøer og blant berørte parter, bør være tilstrekkelig. Det er viktig at økonomiske konsekvenser beskrives på en realistisk måte.

Med hilsen

Svein Rønsen
kommuneoverlege