



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Rådmannskontoret

Vår dato: 22.06.2006
Vår referanse: 06/2675-6
Arkiv: FE-G00, TI-&30/
Deres dato:
Deres referanse:
Vår saksbehandler: Steinar Sætervadet

Høringsuttalelse - Nasjonal helseplan (2007-2010)

Melding om vedtak

Ovennevnte sak ble behandlet av Elverum formannskap i møte 21. juni 2006, jfr. utvalgssak nr. 114/2006

Følgende vedtak ble fattet:

Formannskapet viser til saksutredningen og slutter seg til forslag til høringssvar fra ordførers ressursgruppe.

Det vises til sakspapiret med høringsuttalelsen som følger vedlagt.

Med hilsen

Morten Lang-Ree
rådmann

Vedlegg

Kopi til:
Helsesjef Roy Heine Olsen

ELVERUM KOMMUNE

JournalpostID06/9876 Løpenr. 5

Sakspapir

Vår saksbehandler:
Steinar Sætervadet 62 43 30 05
Rådmannskontoret

Høringsuttalelse - Nasjonal helseplan (2007-2010)

Sakstype	Utvalg	Utv.saksnr.	Møtedato
PS	Formannskapet	114/06	21.06.2006

Dokumenter vedlagt saken:**Øvrige dokumenter i saken:**

Nr	Dok.dato	Avsender/Mottaker	Tittel
1	I 26.04.2006	Helse- og omsorgsdepartementet	Invitasjon til høring i forbindelse med nasjonal helseplan (2007-2010)
4	I 22.05.2006	Helse- og omsorgsdepartementet	Høringsnotat - Nasjonal helseplan (2007-2010)

FSK-114/06 - 21.06.2006 Vedtak:

Formannskapet viser til saksutredningen og slutter seg til forslag til høringssvar fra ordførers ressursgruppe.

Avstemming

Innstillingen enstemmig vedtatt.

Innstilling fra ordførers ressursgruppe

Formannskapet viser til saksutredningen og slutter seg til forslag til høringssvar fra ordførers ressursgruppe.

ELVERUM KOMMUNE

Utredning

Innledning

Ordførerens ressursgruppe fikk i oppdrag av formannskapet og fremme forslag til høringsuttalelse ang. den nasjonale helseplanen.

Gruppen har hatt svært kort tid å arbeide på og har derfor måtte foreta noen avgrensninger når det gjelder hvor omfattende kommunens svar skulle bli. Vi har av denne grunn lagt vekt på de emnene som i størst grad påvirker primærkommunene og de helt spesielle forholda som vi har i Hedmark.

Gruppen har hatt ett møte. På bakgrunn av møtebehandlingen utarbeidet leder av ressursgruppen, Steinar Sætervadet forslaget som så har blitt sendt ut til deltakerne for kommentarer. Det har ikke kommet fram innsigelser på forslaget fra noen av medlemmene.

HØRINGSSVAR – NASJONAL HELSEPLAN 2007-2010

På grunn av den korte høringsfristen har vi valgt å konsentrere oss om noen få av kapitlene i dokumentet. For Elverum kommune har det vært naturlig å konsentrere seg om de delene av forslaget til nasjonal helseplan som har størst relevans til vår egen kommune og omkringliggende distrikter.

1.0 Generelle merknader

Framstillinga i dokumentet er holdt i generelle vendinger og blir derfor svært lite forpliktende for styresmaktene. Det er svært lite man i forslaget kan si seg direkte uenig i. Vi savner klarere prioriteringer, og målformuleringer med angivelse av ressursbehov, tid for gjennomføring og hvem som har ansvaret for gjennomføringa.

De generelle vendingene, som nærsagt alle kan si seg enig i, medfører dessuten at de politiske meningsforskjellene vil komme dårlig fram i den videre debatten.

I forslaget nevnes det at geografiske, økonomiske og sosiale forskjeller har betydning for folks helse; likeså at man ønsker å gjøre noe for å bekjempe disse forskjellene. Elverum kommune er glad for at dette tas opp og at det er en viss vilje til å endre dette bildet. Som kjent er helsesituasjonen i Hedmark en av de dårligste i landet. Fylket har en uforholdsmessig stor andel av hjerte-/karsjukdommer, (lavstatussjukdom), i landet. Likeså vet vi at det er store avstander og lavt inntekts- og utdanningsnivå sammenlignet med resten av landet. Hvis myndighetene ønsker at folkehelsen skal bedres og levealderen øke, hadde det vært å forvente at man hadde foreslått spesielle tiltak i de distrikta som kommer aller dårligst ut. (Hedmark og Finmark) Vi er klar over at folkehelsen i stor grad påvirkes av andre forhold enn helsepolitiske tiltak i snever forstand og at situasjonen i Hedmark ikke bare skyldes mangler i helsevesenet. Allikevel mener vi det er helt nødvendig med spesielle tiltak innen helsevesenet for å bidra til at Finmark og Hedmark kommer på omlag samme nivå som resten av landet.

Forslag:

Staten i samarbeid med lokale myndigheter lager ei helsepolitisk tiltakspakke for Finmark og Hedmark. Målet for tiltak er at helsesituasjonen i disse to fylka skal komme opp på omlag det samme nivå som resten av landet.

2.0 Psykisk helse

2.1 Status

Utviklinga av psykiatrien i kommunene har ikke vært fullt så positiv som vi får inntrykk av i forslag til plan. Riktignok har vi fått noen flere stillinger, men det faglige nivået har ikke økt vesentlig. Behovet for økt faglighet merkes ekstra godt i kommunene i Hedmark fordi Sykehuset Innlandet HF ikke har tilstrekkelig sengekapasitet innen akuttpsykiatrien. Helseforetaket har også hatt store problemer innen barne- og ungdomspsykiatri. Likeså er oppbygging av DPS bare delvis gjennomført. Dermed får primærkommunene ansvaret for svært mange tunge brukere. Dette går i neste omgang utover de lettere brukerne som kommunen skal hjelpe med å bli integrert i skole- og arbeidsliv o.a..

I Hedmark er det fremdeles slik at svært ofte blir psykiatrien en jobb for det lokale lensmannskontor. Dette finner vi meget uverdig.

I dokumentet er de pårørendes situasjon ikke tatt opp. På grunn av taushetsplikten blir ofte foreldre og andre foresatte til pasienter over 18 år satt på sidelinja. Samtidig er det svært ofte slik at det er de pårørende som må trå til når krisa er der og det offentlige helseapparatet ikke strekker til. Når situasjonen innen psykiatrien ikke er verre enn den er, skyldes dette svært ofte innsatsen fra de pårørende. Allikevel er det slik at disse får svært lite informasjon, råd og hjelp fra helsevesenet. Deres situasjon og status er i det hele tatt svært uklare.

Ansvarsforholdet mellom 1. og 2. linja er ikke så klar som det synes av høringsdokumentet. Her gjelder noe av det samme forholdet som for den øvrige delen av helsevesenet. Her viser vi for øvrig til det vi har skrevet om kommunehelsetjenesten.

2.2. Er det lagt vekt på de mest sentrale utfordringer?

Vi er enig i at barne- og ungdomspsykiatrien bør prioriteres høyt slik som foreslått. Med tanke på at vi om relativt få år vil få 40% flere eldre over 65 år, må også alderspsykiatrien oppprioriteres.

Hedmark er det fylket som visstnok har færrest akutt plasser i forhold til befolkningen. Likeså mangler vi langtidsplasser for de tyngre brukerne. Vi vet også at mangelen på slike plasser er stor også andre steder. Med tanke på en del dramatiske hendelser som skyldes for tidlig utskrivning, hadde vi forventet at det hadde vært lagt større vekt på den tunge delen av psykiatrien.

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

Kort oppsummert mener vi dette bør være følgende:

- 1) Få til et klarere ansvarsforhold mellom 1. og 2. linjetjenesten. Vi er usikre på utsagnet på side 26 hvor det står: *"Utredning og behandling av lettere psykiske lidelser bør kunne gis i større utstrekning enn i dag i kommunene."* Som hovedprinsipp er vi enig i at tilbudet skal gis på lavest mulig nivå, men med den mangelen det er på fagfolk aner det oss at spesielt mindre kommuner vil få problemer med å kunne gi en kvalitativ god nok tjeneste.
- 2) Lavterskeltilbud må komme i tillegg – ikke i stedet for sentrale tilbud som egentlig var beregnet for tyngre brukere. I dag fylles en del lavterskeltilbud opp av brukere som egentlig burde fått et annet og bedre tilbud.
- 3) De enkelte kommuner og helseforetak har kommet svært ulikt i utviklinga av et godt psykiatrisk tilbud. For enkelte områder kan det være nødvendig å utvide opptrappingsplanen med 2 til 4 år.
- 4) Det må gjennomføres spesielle tiltak for de pårørende. Rettigheter/hjelp til pårørende til personer som er over 18 år må avklares og bedres.
- 5) Utdanningskapasiteten for psykologer og psykiatere må økes.
- 6) Det må lages en overordnet strategi for hvordan 1. og 2. linjetjenesten skal møte det økte behovet innen alderspsykiatrien.
- 7) Større fokus på den psykiske helsa innen forebyggende virksomhet og i folkehelsearbeidet.

3.0 Den kommunale helse og sosialtjenesten

3.1 Status

Helse- og sosialtjenesten i kommunen er preget av den store volumøkninga som har skjedd over flere år. Presset i tjenesten preges av at vi har fått stadig flere tunge yngre brukere som bor hjemme og som det er lagt opp individuelle tilbud til. På landsbasis utgjør de yngre brukerne 25% av antall brukere i den hjemmebaserte omsorgen. Denne delen av brukerne legger beslag på 50% av ressursene til den hjemmebaserte omsorgen. I egen kommune er andelen av brukere og ressurser enda høyere. Det har vært tverrpolitisk enighet om at yngre brukere ikke skal bo på alders- eller sjukehjem, men kunne få bo hjemme. For at de skal kunne ha en meningsfylt tilværelse har det blitt lagt opp individuelle tilbud som har blitt svært kostbare.

Antall eldre med pleie- og omsorgsbehov har vært sterkt økende i flere år og vil øke ytterligere i de nærmeste åra. Dette skjer samtidig som omsorgsdelen av sjukehusa i Norge har blitt sterkt nedprioritert. Problemet med stadig hurtigere utskrivninger er velkjent og er godt dokumentert bl.a. i rapporten fra SINTEF Helse fra november 2004. Endringen har medført at kommunenes sjukehjem har endret totalt karakter fra det de en gang var. Våre sjukehjem er i dag mer å sammenligne med indremedisinske sengeposter på sjukehus.

Problemet forsterkes ved at helseforetaket prioriterer geriatri svært lavt. Sykehuset Innlandet HF har i sitt prosjekt 2020 *ikke* noen økning i antall legespesialister eller sengeposter i geriatri til tross for at man i planperioden regner med at antall eldre over 67 år vil stige med 30%!

Stortingets vedtak fra 1999 forutsetter at kommunene skal drive et relativt omfattende og avansert rehabiliteringsarbeid. Ansvar for rehabilitering gjelder både yngre og eldre brukere med svært ulike diagnoser og behov for behandling. Det er vårt inntrykk at mange kommuner har en rehabiliteringstjeneste som kan fungere rimelig bra for eldre brukere som har fått korttidsplass på institusjon. Yngre hjemmeboende brukere med et godt nettverk har ofte et tilfredsstillende tilbud. Middelaldrene hjemmeboende brukere som har blitt rammet av hjerteinfarkt eller kols har svært ofte ikke tilbud i det hele tatt.

Vi synes ikke at dokumentet godt nok beskriver hva disse endringene har betydd for den kommunale helse- og sosialtjenesten. Likeså setter vi et stort spørsmålstegn ved om det er en rimelig ressursfordeling mellom 1. og 2. linjetjenesten. Med bakgrunn i det store volum og den økte kompleksiteten stiller vi oss også et spørsmål om det er en rimelig fordeling mellom 1. og 2. linjetjenesten når det gjelder de tildelte ressurser. I denne forbindelsen viser vi til tabeller og figurer på sidene 39 og 40 i høringsdokumentet.

3.2 Er det lagt vekt på de sentrale utfordringer?

Ressursfordelinga mellom nivåene er rimelig godt beskrevet i dokumentet, men man har ikke beskrevet hvordan denne ressursfordelinga faktisk skjer og hvilke konsekvenser denne får for kommunene.

Systemet er slik at mye av ressursene følger pasienten. Dette er tilfellet så lenge pasienten befinner seg innenfor det området Staten har ansvaret for. Så fort Staten skriver ut pasienten fra sjukehuset og til kommunen, følger det ikke lenger noe mere penger med pasienten. Da er det plutselig kommunens generelle inntekter i form av skatt og rammetilskudd som skal dekke kostnadene. Stykkprisfinansieringa er dessuten slik at sjukehusa har lik inntekt for en og samme operasjon om pasienten kan behandles dagkirurgisk eller må få ei seng 2 til 3 døgn etter operasjonen. Systemet oppfordrer sjukehusa til så tidlige utskrivninger som over hodet mulig og velter dermed kostnadene over på kommunene.

Framtidig arbeidsdeling mellom 1. og 2. linjetjenesten er ikke tatt opp på en skikkelig måte.

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

Et nytt inntektssystem som tar utgangspunkt i den faktiske helseproduksjon i kommunen må etableres.

For at ikke oppgavene skal vokse oss over hodet må forebyggende helsearbeid prioriteres. Større vekt på livsstilsjukdommer er nødvendig.

Med de mange tunge pasientene som kommunene får i framtida blir det nødvendig at kommunene får større tilgang på legespesialister og annen spesialkompetanse innen helsefaga.

Videre må vi få ei avklaring om hvorvidt det skal etableres en ”halvannen”-linjetjeneste. Spesielt for de mindre kommunene er dette nødvendig viss de i framtida skal påta seg stadig tyngre helse- og omsorgsoppgaver.

Etablering av sjukehotell vil være til stor hjelp for mange pasienter samtidig som vi unngår at utskrivingsklare pasienter tar opp senger på sjukehusa eller blir sendt hjem med utilstrekkelig pleie og tilsyn.

3.4 Hvilke prosesser bør settes i gang før strategier og tiltak besluttes?

Helsemyndighetene må i samarbeid med kommuner og helseforetak bli enig om en behandlingsskjede og en klarere arbeidsdeling. I dette arbeidet må man ta hensyn til at avstander, geografi osv. er svært ulik rundt om i landet. Det er derfor ønskelig med noen ulike løsninger for landsdelene på en del områder.

4.0 Lokalsjukehus

Vi deler hovedsynspunktet om at lokalsjukehusa skal kunne ta seg av de mest vanlige sjukdommer og skader samt sammensatte og kroniske lidelser. Derfor mener vi at vi må ha leger som har stor breddekompetanse. Det er derfor viktig at vi også i framtida får beholde våre allmenkirurger. Igjen viser vi til det som er sagt om det økende antall eldre som vil ha sammensatte lidelser. Leger med kun grenspesialisering vil ikke ha en tilfredsstillende kompetanse for denne pasientgruppa.

Elverum kommune deler Legeforeningens syn på hva som skal være innholdet i et lokalsjukehus. (Legeforeningens dokument fra mai 2006). Vi trenger lokalsjukehus med allsidige akuttfunksjoner. Dette betyr at lokalsjukehuset minst må inneholde: indremedisin, gastorkirurgi, allmenkirurgi, radiologiske tjenester, laboratorietjenester og anestesi. Likeså mener vi at lokalsjukehusa bør ha tilbud om fødselshjelp. Aller helst bør de ha en fullverdig fødeavdeling.

Akuttberedskapen kan ikke bare gjelde indremedisinen. For å kunne ha en tilfredsstillende akuttjeneste må det finnes akuttfunksjoner også innen kirurgi og nødvendige støttetjenester.

Hvorvidt lokalsjukehusa skal ha tilbud innen andre spesialiteter er mer et hensiktsmessighets- spørsmål og vil måtte variere fra region til region. Her kan vi tenke oss ulike måter å organisere tjenestene på.

Et sentralt tema i sjukehusdiskusjonen er om hvorvidt psykiatrien skal samlokaliseres med somatikken. Elverum kommune er av den formening at det kan være både fordeler og ulemper ved en samlokalisering. Fra brukerne har vi mottatt svært motstridende signaler. Sentrale tillitsvalgte i Mental Helse ønsker ei slik samlokalisering, mens lokale tillitsvalgte helst ser at de får beholde sine spesialsjukehus omtrent som i dag.

Vår foreløpige konklusjon er at psykiatrien kan samlokaliseres når det gjelder de lettere tilfellene, (DPS ene), men at de tyngre tilfellene beholdes i sentrale spesialsjukehus omlag som nå.

Med økt antall eldre vil det være behov for større satsing på geriatri. I dag satses det svært lite på denne spesialiteten. Som eksempel kan nevnes at Sykehuset Innlandet i sine planer som går fram til 2020 ikke har planer om flere legespesialiststillinger i åra framover enn den ene spesialiststillingen helseforetaket har i dag. Vi er klar over at geriatri ikke har noen høy status blant legene. Allikevel mener vi dette er et feil signal. Sentrale helsemyndigheter må ta tak i denne utfordringa.

Geriatrien vil være ett av de områda hvor det er naturlig med et tett samarbeid mellom kommuner og sjukehus. Her trengs det ei avklaring om hvilke forventninger vi kan ha til sjukehusa på dette området. Økningen av antall eldre bør tilsi at flere av våre lokale sjukehus skal ha geriatriisk avdeling. Satses ikke helseforetaka på geriatri, vil kommunene måtte ansette legespesialister i geriatri/eldremedisin. Dermed vil kommunene påta seg oppgaver innen spesialistlegetjenesten – noe som ikke har vært forutsetningen fram til nå.

Elverum kommune er positive til oppretting av distriksmedisinske sentra (DMS) forutsatt at disse ikke kommer i steden for allerede etablerte lokalsjukehus. Med de store avstandene vi har i vårt land kan oppretting av DMS være med på å gi flere av innbyggerne en reell mulighet til spesialisttjenester. På denne måten kan et DMS være med på å være geografisk og sosialt utjammende.