



Helse- og omsorgsdepartementet
Att. Inger Metter Nilstad
Postboks 8011 dep
0030 Oslo

Høring - Nasjonal helseplan 2007 - 2010

Høringssvar

Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) har sendt ut et høringsnotat med forslag til Nasjonal helseplan som skal gjelde fram til 2010. Det er etter hvert vanlig at sentrale myndigheter sender ut store høringsnotat med kort tids varsel. Dette viktige dokumentet har det ikke vært mulig å saksbehandle fram til politisk behandling i kommunen pga kort frist. Det er beklagelig at HOD ikke tar hensyn til at høringsinstansen får mulighet til å gjennomføre en fullverdig behandling av så viktige saker.

Generelle kommentarer

Planen er logisk bygget opp med naturlige problemstillinger. Etter å ha pekt på rammene for høringsnotatet og felles utfordringer for helsetjenesten er de to nivåene i helsetjenesten beskrevet hver for seg. Dette er en fornuftig måte å organisere notatet på. Det er imidlertid runde formuleringer som brukes i notatet. Det bærer preg av lite konkretiseringer. Planutkastet konkretiserer ikke vanskelige problemområder som prioriteringer, beskrevne satsingsområder eller hvilke områder det bør gjøres en innsats for å bedre tilbudet til pasientene.

Allerede i forordet legges det vekt på brukermedvirkning for å utvikle tjenestene. Dette får en noe hul klang når høringsfristen er så kort at de fleste travle organisasjoner, helseforetak og kommuner ikke kan behandle notatet slik de ønsker.

Samarbeid, samhandling og brukermedvirkning er begreper som går igjen i høringsnotatet. Det er meget positivt at HOD på denne måten setter press på en at dette skal være grunnlag for arbeidet innen både primær og sekunder helsetjeneste.

Planen fremstår med massiv informasjon om situasjonsbeskrivelse. Retningen for planens målsetting og strategier forsvinner derfor noe i informasjonsmengden. Planen har som mål å være styrende og retningsgivende for både kommuner og helseforetak. I nåværende form forsvinner dette.

Spesielle kommentarer.

Forordet i høringsutkastet lister opp hvilke områder som er spesielt viktige i den neste 4 års perioden:

- Folkehelsearbeidet skal styrkes

- Videreutvikle den offentlige helsetjenesten slik at det blir robust og tilpasningsdyktig for å takle stadige utfordringer
- Videreføre utviklingen av en god lokalbasert helsetjeneste i samarbeid med kommunal pleie – og omsorgstjeneste. Helsetjenestene skal være forankret der pasientene bor – fastlegene skal fortsatt være pasientenes ankerfeste til helsetjenesten.
- Koordinert pasientforløp der helsehjelpen framstår som helhetlig og integrert for pasienten
- Systematisk oppfølging av kvalitet og prioriteringer i helsetjenesten
- Nasjonal koordinering av spesialisthelsetjenesten
- Det skal legges til rette for faglig og personlig utvikling for medarbeiderne
- Sosial ulikehet i helse skal bekjempes

Disse punktene er det lett å være enig. Samtidig er det lite spenst og ambisiøse mål for helsetjenesten de neste 4 åra.

Del I. Rammer og spørsmål til høringsinstansene

Kapittelet tar for seg rammene for utarbeidelsen av ny Nasjonal helseplan. Det er meget positivt at det legges stor vekt på et verdigrunnlag ” som skal vektlegge høy kvalitet og likeverdig tilgang til tjenester som styres og, i hovedsak, utføres offentlig.” Det er også viktig at det fokuseres på en av de største årsakene til dårlig helse, nemlig sosiale ulikheter og at løsninger på problemene må finnes i tverrfaglige situasjoner rundt brukeren. Vi mener også at det er viktig at brukerperspektivet og forholdet til pårørende gis stor vekt. I Øvre Eiker kommune har vi erfaring for at det kan være helt avgjørende viktig for suksess av planlegging og utvikling at brukerne trekkes inn i utviklingsarbeidet. Det er også viktig å velge gode metoder for dette arbeidet. Både i kommuner og helseforetak er det allerede erfaringer med gode metoder for medvirkningsarbeid. (Eks Øvre Eiker, Helse sør (Helsedialog))

Allerede under dette kapittelet er det lagt vekt på forebyggende arbeid, noe vi oppfatter meget positivt. Dette følges også opp utover i planen.

Det avklares også tidlig at samarbeid skal være grunnleggende i helseplanen noe som vi anser som helt nødvendig for å kunne utvikle brukerrettede tjenester videre.

Kompetanseutvikling legges som en premiss sammen med god ledelse. Det kan være vanskelig å definere hva som er ”god ledelse” men kompetanseutvikling er det greit å forholde seg til. Det må også innbefatte nær kontakt og oppfølging av de instanser som arbeider med kompetanseutvikling fra universitetene til Dnlfs fagmedisinske foreninger.

Del II. Felles utfordringer i helsetjenesten

Fellesutfordringene beskriver godt de områder hvor både førstelinje og andrelinjehelsetjenesten i dag møter store utfordringer. **Generelt har utfordringene en kort horisont** og ser i liten grad 3-4 år framover. **Eldre omsorgen er ikke nevnt** under felles utfordringer noe som må være en glipp? Dette området er i dag, og blir framover, en stor utfordring for helsetjenesten i fellesskap. Perspektivet går ut over de 4 første årene, men allerede i dag har både 1. Og 2. Linjetjenesten vanskeligheter med å takle utfordringene fra gamle syke. Vi mener planen må ta med eldreomsorgen og peke på at det skal lages en egen plan for dette området.

Vi etterlyser en mer tydelig retning og strategi når det gjelder **forebyggende helsearbeid rettet mot barn- og unge** og hvilke områder en skal prioritere. Disse områdene bør igjen gjenspeiles i rapportering i forhold til nasjonale sammenligningstall i KOSTRA. Betydningen av forebyggende innsats mot barn og unge understrekes, men en savner statusbeskrivelse av arbeidet som gjøres på dette feltet spesielt. Det er viktig å se dette arbeidet i sammenheng med fattigdomssatsningen mot denne gruppen.

Rusforebyggende arbeid nevnes ikke. Dette savnes med tanke på varslet opptrapping på området. Det ville vært ønskelig med en omtale av utfordringene både i forhold til primærforebyggende tiltak og sekundærforebyggende tiltak. Spesielt fokus på gruppen risikoutsatte barn og ungdom.

Det er en utfordring å forankre det **boligsosiale arbeidet** i planverk på alle forvaltningsnivå. Den store nasjonale satsningen som omfatter bekjempelse og forebygging av bostedsløshet bør sees i sammenheng med styrkingen av folkehelsearbeidet.

Strategi for kvalitet og prioritering

I begynnelsen av kapittelet nevnes forhold som gjør at helsebehovet til stadig flere grupper vil dreie seg om å **mestre dagliglivet** framfor å bli kurert. Dette er ressurskrevende oppgaver! Man drøfter ikke denne problematikken videre i forhold til kriteriene som ligger til grunn for prioritering alvorlighet, dokumentert effekt og kostnadseffektivitet. Det bør stilles spørsmål i hvor stor grad helsevesenet skal arbeide med folkes mestring av livets plager og utfordringer. Når skal helsepersonell brukes til å hjelpe innbyggere med mestringsproblemer? Dette er et viktig spørsmål både i forhold til faglige utfordringer, men ikke minst i forhold til økonomi.

Det kan ikke understrekes nok hvor viktig det er å satse på kvalitetsutvikling. Helsetjenesten, som helhet, har store utfordringer i forhold til å forbedre sine rutiner og prosedyrer.

Strategi for samhandling

Det nevnes på side 21 at Wisløff-utvalgets analyser og forslag i stor grad har fått tilslutning. Vi støtter den kritikk som har fremkommet der en bør ha et bredere perspektiv på samhandlingen utover helsetjenestene og også gjelde blant annet sosialtjenestene.

Wisløff utvalget presiserer at primærhelsetjenesten er selve fundamentet i helsetjenesten og er viktig for hvordan hele helsetjenesten fungerer. En forankring av helsetjenesten i kommunene skal bidra til helhetlig behandling og omsorg, nærhet og god tilgjengelighet. Den skal også bidra til riktig prioritering av ressursene og sikre behandling på riktig nivå. Det er stor faglig og politisk enighet om betydningen av primærhelsetjenesten og den rolle den skal ha. Utvalget peker på at det allikevel er en stor tyngde i retning mot spesialisthelsetjenesten, både i forhold til tildeling av ressurser og oppmerksomhet og det minnes om dette grunnleggende prinsippet som helsetjenesten skal bygge på.

Nasjonale helseplan har også stor tyngde rettet mot spesialist helsetjenesten. Strategier i form av ressursinnsats og fokus mot kommunale helse- og omsorgstjenester bør derfor problematiseres ytterligere i det endelige dokumentet.

Det fremkommer videre i høringsdokumentet på side 21 at Wisløff-utvalgets forslag følges opp i to prosesser i Helse- og omsorgsdepartementet:

1. En helhetlig oppfølging av utvalget med vekt på en samlet gjennomføring av tiltak som kan understøtte bedre samhandling i helsetjenesten. Det vil bli redegjort for arbeidet i statsbudsjettet for 2007.
2. Et særskilt arbeid vurderer om det bør gjennomføres tiltak av overordnet organisatorisk karakter som kan understøtte samhandlingen.

Begge prosesser er viktige og en vil understreke at god samhandling mellom de ulike aktører er fundamentet for en godt virkende helsetjeneste og at det av den grunn bør satses ytterligere på overordnede organisatoriske tiltak. Og at dette samsvarer med vurderinger og tilråding fra Wisløffutvalget.

Felles nasjonalt IKT-nett som omfatter de sentrale helse- og trygdeaktører.

Vi ønsker å understreke hvor viktig det er å sikre og videreutvikle IKT løsningene innen helsevesenet. De forskjellige instansene må settes i stand til kommunisere med hverandre så snart som mulig. En nasjonal strategi for Nasjonalt Helsenet som tar hensyn til aktørenes behov er viktig av flere grunner;

- Monopoliseringen av kommunikasjonsveien (Helsenettet) må ikke føre til økte kostnader for aktørene. Det må være attraktivt faglig og økonomisk å koble seg til nettet.
- Drift og utvikling av Helsenettet må dekkes av staten. Tilkobling til nettet må være konkurransedyktig med vanlig internett tilkobling.
- Alle kommuner må kobles opp i Helsenettet
- Det må stilles krav til standarder som gjør at de forskjellige programmene som brukes i helsevesenet kan brukes i Helsenettet og kommunisere med hverandre.
- Det må være en instans som kontrollerer at standardene overholdes og videreutvikles.

Psykisk helse

Det er viktig at Nasjonal helseplan fokuserer på brukere som har behov for døgntilbud og et særlig omfattende og langvarig tjenestetilbud i kommunene. Det er naturlig å videreføre Opptappingsplanen innen dette området. Rus – psykiatriområdet er like viktig å fokusere på.

Psykisk helsearbeid omfatter tiltak fra de fleste kommunale sektorer og kan ikke avgrenses til kun helsetjenester. Her bør det trekkes inn strategier i forhold til samarbeid med frivillige organisasjoner og ikke minst målsettinger ift. til NAV- reformen.

Det er vist ved flere undersøkelser at det legges inn for mange psykisk syke pasienter som øyeblikkelig hjelp. Dette er uheldig både for pasient, sykehus og kommunehelsetjeneste. Det er fokusert lite på årsaken til dette. Vi mener at hovedårsaken ligger i at kommunene i for liten grad er i stand til å ta imot de tyngre psykiatriske pasientene med behov for døgnoppfølging samtidig med at det er for få døgnbehandlingsplasser innen Dps'ene og de psykiatriske sykehusene.

Mennesker med annen etnisk bakgrunn

Det er viktig å videreutvikle tilbudet innenfor psykisk helsevern og rusbehandling i forhold til migrasjonshelse som et helhetlig tilbud i samarbeid med somatikken. Kommunens erfaringer med denne brukergruppen er at det krever andre tilnærminger i forhold til arbeidsmetoder og kompetanse. Uteblivelse fra konsultasjoner, vegring for å ta i mot hjelp fordi psykiske sykdom er for tabubelagt i egen historie fra hjemlandet er noen av utfordringene. Dette får for enkeltindividet den konsekvens at en bruker årevis på et liv med svært redusert livskvalitet, og med dårlig progresjon i skole, opplæring, utdanning eller kontakt med arbeidslivet. Med den kjenneskap/kunnskap kommunens flykntingstjeneste og helsetjeneste har til dette området ville det være ønskelig at første og andrelinjen vil være mer i dialog om mer tilrettelagte behandlingsopplegg som skal ytes til denne brukergruppen

Forskning for bedre helse

Det gjøres for lite effekt og evalueringsforskning i Norge. Samtidig gjennomfører staten store gjennomgripende helsereformer. Nasjonal helseplan bør fokusere mer på forskning innen primærhelsetjenesten. F. eks:

- Et nasjonalt monitoreringssystem som beskriver status og rapporterer om utvikling i helse, og helserelaterte forhold som f. eks risikofaktorer og brukererfaringer med helsetjenestene.
- Økt satsing på evalueringsforskning. Vi må få bedre kunnskap om effekten av ulike folkehelsestrategier og måter å organisere tjenestene på (i forhold til sosial ulikhet - inkludert utsatte grupper og depriverte områder) før man implementerer en del kostbare nasjonale reformer.
- Det bør opprettes forskningsfond innen primærhelsetjenesten som kan benyttes av allmennleger, samfunnsmedisinere, sjukepleiere og annet helsepersonell.

Del III. Den kommunale helse- og sosialtjenesten

Det dokumenteres grundig i høringsnotatet del III at Pleie og Omsorgstjenesten i Norge er større enn spesialisttjenesten. Allikevel er kapittelet om kommunale oppgaver sparsomt og mangelfullt beskrevet. Det er ikke nok å vise til en kommende plan for framtidens omsorgstjenester. Dette må også beskrives i Nasjonal helseplan.

Dagens tjenestetilbud

Kommunens ansvar for helsetjenestetilbudet til befolkningen i henhold til kommunehelsetjenesteloven

Kommunelegens funksjon er dårlig beskrevet.

Hver kommune er lovpålagt å ha en kommunelege (Kommunehelsetjenesteloven § 3-3). Disse utfører et betydelig samfunnsmedisinsk arbeid. Det finnes mange måter å organisere kommunalt samfunnsmedisinske stillinger på; fra flere små bistillinger, interkommunalt samarbeid til heltidsstillinger. Samfunnsmedisinere (kommuneleger) i kommunene utfører mange viktige oppgaver i kommunene:

- Lokal helsemyndighet etter lov og forskrift
 - Miljørettet helsevern
 - Smittevern
- Bidra til helsefremmende og forebyggende arbeid
 - Lokal helseovervåkning og helseinformasjon
 - Medisinsk faglig rådgivning til beslutningstakere
 - Helseopplysning og annet grupperettet forebyggende arbeid
 - Sosialmedisinske oppgaver overfor grupper med særlige behov, for eksempel rusmiddelmissbrukere
- Helsemessig beredskapsarbeid
 - Risiko- og sårbarhetsanalyser, katastrofeplaner i forhold til helsetjenesten
- Bidra til et helhetlig helsetjenestetilbud for befolkningen
 - Planlegging og organisering av tjenester.
 - Bidra til og delta i samarbeid mellom ulike kommunale tjenester
 - Bidra til og delta i samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Kommunelegene innehar en stor ubrukt ressurs i kommunene. Samtidig er det, i flere sammenhenger, pekt på hvor viktig det er å bedre rekruttering og stabilitet av samfunnsmedisinere i disse stillingene. Nasjonal helseplan bør ta inn de planer for å bedre rekruttering, spesialistutdanning, og nettverksbygging som foreligger i Sosial- og helsedirektoratet. Det bør legges mer vekt på denne kompetansen når Nasjonal helseplan lages.

Nasjonal plan bør også møte den erfaringen man har gjort at fastlegereformen har ført til en flukt fra kommunelegestillinger/samfunnsmedisinske stillinger til fastlege-avtaler. Dette bør gjøres i et samarbeid med Den norske lægeförenings yrkesforening og fagmedisinske forening innen samfunnsmedisin og allmennmedisin.

Framtidens omsorgsutfordringer

Nye brukergrupper

Det bør knyttes til en mer detaljert opprømsing av nye brukergrupper:

Som følge av nasjonal fattigdomssatsing og fokus på lik tilgang på tjenester er det flere nye brukergrupper som blir ”synlige” og utløser rettigheter i forhold til omsorgs, sosial og helsetjenester:

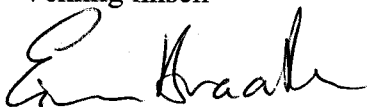
- Sosialt vanskeligstilte, rusmisbrukere. Dette er krevende oppgaver for kommunene.
- Mennesker med annen etnisk bakgrunn enn norsk
- Stadig økende gruppe med dobbeltdiagnose problematikk innenfor rus/psykiatri
- Spilleavhengige
- Barn og unge med psykososial problematikk, rus-problemer, adferdsvansker (ADHD)

Del IV. Spesialisthelsetjenesten

Høringsforslaget legger opp til å bevare lokalsjukehusene. Ingen lokalsjukehus skal nedlegges. Det er imidlertid viktig at Nasjonal helseplan legger fram planer for hvordan utviklingen skal være innen lokalsjukehusene. Det er utviklet spennende pilotprosjekter rundt flere lokalsjukehus som i større grad dekker de behovene kommunene har for spesialisthelsetjenester på lokalnivå. Lokalkunnskapen, nærheten, tilgjengeligheten og effektiviteten må utvikles sammen med kommunene og brukerne i nedslagsfeltet.

Tilbud som kan overføres fra de store sjukehusene til lokalsjukehus bør gjennomføres.

Vennlig hilsen



Einar Braaten
Kommunelege