



EIDSVOLL KOMMUNE
Sentraladministrasjonen

Det Kgl. Helse- og omsorgsdepartement
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.

Vår ref. (Bes oppgitt ved svar)
2006/002481-KVI - 2

Arkivkode:
131-G0-&13

Dato
21.06.2006

HØRINGSUTTALELSE OM NASJONAL HELSEPLAN 2007 - 2010 FRA EIDSVOLL KOMMUNE

Det vises til departementets brev av 22.05.06 vedlagt høringsnotat om Nasjonal helseplan 2007 – 2010.

Nasjonal Helseplan er et viktig dokument for helsetjenesten både på kommune- og statlig nivå. Det er således skuffende at det gis så kort høringsfrist, noe som reduserer muligheten for en grundig behandling og politisk vedtak. Fra Eidsvoll kommune er høringsuttalelsen utarbeidet på administrativt nivå.

Høringsinstansene er spesielt invitert til innspill i forhold til følgende problemstillinger:

- Er det andre forhold som bør trekkes fram i omtalen av status?
- Er det lagt vekt på de mest sentrale utfordringene?
- Hva bør stå sentralt i de strategier og tiltak som skal møte utfordringene?
- Hvilke prosesser bør gjennomføres før strategier og tiltak besluttes?

Eidsvoll kommune har følgende merknader til høringsnotatet hvor de fire punktene a – d over kommenteres fortløpende knyttet til ulike kapitler/hovedtemaer der det er relevant:

Kapittel 2 utfordringer for folkehelsen - forebygging

- I statusbeskrivelsen etterlyses omtale av de "nye helseplagene" som gir økt press på helsetjenesten på alle nivå: stressrelaterte plager, arbeidsslitasje, nye smittsomme sykdommer, epidemier og pandemier, økt psykososial uro med mer.
- Ja. Det er svært positivt at rapporten tar utgangspunkt i folkehelsearbeidet. Den blir imidlertid utydelig på hvilke gevinster en større satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid vil kunne ha.
- Det bør derfor foretas en analyse av hvordan en helhetlig forebyggende satsing vil kunne redusere sykdommer og skader og derigjennom også gi store økonomiske innsparinger. Det er imidlertid i stor grad helseforetakene som "tjener" på reduksjon av alvorlig sykkelighet. Kommunene bør refunderes gevinster av forebygging.
"Partnerskap for folkehelse" er beskrevet, men må følges opp med en forpliktende opptrappingsplan for helsefremmende arbeid.
Sosial ulikhet er en sentral utfordring i rapporten. *Det er viktig å få fram viktigheten av en politikk som fremmer bl.a. samhold, fellesskap og aktiv deltagelse i befolkningen, og som samtidig*

Avsenderadr. Rådhusgata 1 2080 EIDSVOLL	E-mail: Knut Viset/Eidsvoll @eidsvoll.kommune.no	Hovedadr.: Rådhusgata 1 2080 EIDSVOLL	Org.nr.: 964 950 113	Bankkonto: 7855.05.02371 (skatt) 1637.07.06313	IBAN NO2178550502371 NO3916370706313	BIC-adr. NDBANOKK UBNONOKK
Direkte telefon: 66107000	Direkte telefaks: 66107051	Telefon: 66 10 70 00	Telefaks: 66 10 70 01	www.eidsvoll.kommune.no		

reduserer både forskjellene i levekår og miljøtruslene.

Kapittel 3 Strategi for kvalitet og prioritering

- c) Det legges for stor vekt på internkontroll-systemer og for lite på behovet for kompetansebygging. Stort fokus på rapporter, systemer og planer (individuell plan etc) gir økt behov for administrative ressurser som må kompenseres.

Kapittel 4 Strategi for samhandling

- a) Kommunen sier seg enig i beskrivelsen av manglende samhandling mellom de ulike nivåene/aktørene, og at dette også har medført negative konsekvenser for en helhetlig pasientbehandling. Vi etterlyser imidlertid en beskrivelse av hva som er årsaken til at denne manglende samhandlingen har oppstått. Etter kommunens oppfatning kan denne situasjonen ha en sammenheng med manglende helhetlig styring av helsetjenester/iverksetting av vedtatt helsepolitikk fra departements- og direktoratsnivå. I fravær av en overordnet samordnet ansvarsfordeling mellom helsetjenestenivåene fra sentralt hold, har dette etter kommunens oppfatning medført at spesialisthelsetjenesten i konfliktsaker med kommunehelsetjenesten nærmest opptrådt som et myndighetsorgan. Kombinert med ulike finansieringsordninger og budsjettmessige belastninger, har denne situasjonen dessverre gjort pasientene skadelidende. Kommunen mener at dette er så alvorlig at det bør analyseres nærmere, herunder også i lys av målsettingen om en bør få større likeverd/balanse mellom nivåene, jfr. rapporten fra Wisløff-utvalget.
- c) I tillegg til forslaget om en avtale mellom departement og KS, bør departementet også sørge for i større grad å ivareta hensynet til en samordnet ansvarsfordeling og helhetlig gjennomføring av vedtatt helsepolitikk, jfr. bl.a. opptrappingsplanen for psykisk helsevern. Videre vil konkrete kontaktskapende tiltak som praksiskonsulentordninger og ambulante team etc. være viktige bidrag for bedre samhandling. Det er viktig å søke å bygge ned barrierer mellom forvaltningsnivåene, og spesialisthelsetjenesten bør i større grad være mobile i et tett og konkret samarbeid med primærhelsetjenesten. Potensialet for helsemessige og samfunnsøkonomiske gevinster ved bedre samhandling og samordning kan med fordel trekkes mer fram.

Kapittel 5 Psykisk helse

- a) En spesiell gruppe som knapt er nevnt i høringsnotatet er personer med rusproblemer eller som har "dobbeltdiagnose" rus/psykiatri. Høringsnotatet peker såvidt på kommunenes utfordringer når det gjelder å samordne tilbudene til denne gruppen. *Dette gjelder i minst like stor grad spesialisthelsetjenesten, der vi mener det er en betydelig underdimensjonering og mangel på samordning mellom rus- og psykiatrifeltet.*
I opptrappingsplanen for psykisk helse har det i liten grad vært gjort forsøk på å samordne kommunehelsetjenesten med helseforetakene (jfr. også våre kommentarer til kapittel 3 ovenfor). Dette har til dels gitt rom for at kommunene og spesialisthelsetjenesten lett kan bli spilt ut mot hverandre, og ofte slik at spesialistnivået med sin faglige og administrative tyngde har gitt de fleste premissene i samarbeidet. En alvorlig konsekvens av dette har vært bl.a. at nedbyggingen av psykiatritilbudet på spesialistnivå har både skjedd i et større omfang enn forutsatt og før kommunene har maktet å bygge opp tilsvarende tjenester.
- b) Det kan bekreftes at spesialisthelsetjenesten sett fra kommunenivået ikke fungerer godt nok, blant annet eksemplifisert ved ventetider og overbelegg, men også p.g.a. manglende intern koordinering. Det er også store utfordringer/underkapasitet innen rusomsorgen, se pkt. over. Det er også viktig å finne arenaer for dialog i et samhandlingsperspektiv.
- c) Ambulante team ved alle DPS er et viktig tiltak, men det må presiseres at teamene må bevege seg helt ut i kommunene og til pasientenes hjem, samt ha en døgntjeneste. Samarbeid med fastlegene bør styrkes og forplikte alle parter.
Opptrappingsplanen for psykisk helse har i liten grad beskrevet utfordringer knyttet til brukere som har behov for døgnbasert, omfattende og langvarig tjenestetilbud i kommuner. Det er viktig at oppmerksomhet rettes mer mot denne brukergruppen, og at ressurser og kompetanse står i samsvar med behov. Det dreier seg om et lite antall personer, men de legger beslag på store ressurser, og det er fare for at det blir for lite midler til bl.a. forebyggende arbeid.

Kapittel 6 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi

- c) En rekke muligheter for utnyttelsen av IKT er beskrevet, men utviklingen har gått langsomt og er fortsatt forvirrende hva angår rollefordeling og framdrift.
En bredere faglig kommunal deltakelse i og bruk av IKT bør tas med, for eksempel mulighet for å styrke kommunehelsetjenestens lovfestede krav om å "ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen" gjennom tilgang til sykehusstatistikk. Videre bør arbeidet med å få fram samlede data fra primærlege-tjenesten fremskyndes.

► **Kapittel 7 Forskning for bedre helse**

c) Alle de nevnte forskningsområdene er vesentlige, men det bør tas med forskning på miljø og sosiale forhold i forhold til folkehelsen.

Kapittel 8 Tverrfaglige satsinger, handlingsplaner og strategier – pkt. 8.5 Beredskap

c) Helseberedskap omfatter bl.a. kommunikasjonsberedskap, smittevernberedskap (for eksempel legionella, pandemi, matbårne infeksjoner med mer), atomulykker, krisepsykiatrisk bistand, personell m.m. Det bør presiseres hvilken døgnkontinuerlig beredskap som forventes av kommunehelsetjenesten, og hvordan denne i så fall skal finansieres.

Kapittel 9 Den kommunale helse- og sosialtjenesten – pkt. 9.5 Fastlegeordningen

b) Fastlegeordningen har vært positivt mottatt, men med noen utfordringer, bl.a. at:

- ⇒ tilgjengelighet til fastlegen varierer mye
- ⇒ ikke tilstrekkelig deltagelse i tverrfaglig arbeid
- ⇒ for lav legedekning i sykehjem
- ⇒ dårlig rekruttering til samfunnsmedisinske oppgaver

"Løsningen" på noen av disse forholdene har fra sentralt hold vært å pålegge fastlegene økt deltagelse i kommunale tjenester, *men uten at man har tatt inn over seg hvilke kostnader dette medfører, eller foreslått andre virkemidler som bidrar til å bedre rekrutteringen.*

Del IV Spesialisthelsetjenesten – kapittel 11 Kapasitet og struktur

c/d) "Fritt sykehusvalg" og utnyttelse av kapasitet ved at pasienten reiser til andre sykehus bør evalueres i et pasientperspektiv. For mange er valgfriheten fiktiv, særlig for kronikere/eldre, barn osv. I mange tilfelle er fritt sykehusvalg til hinder for et nødvendig tverrfaglig og langsiktig/kontinuerlig samarbeid knyttet til lokalsykehusene.

Høringsnotatet sier at "ved overgang fra døgnbehandling til dag-/poliklinisk behandling vil betydelige kapasitetsreserver kunne frigjøres og brukes til behandling av pasienter på ventelister. Likeledes vil døgnposter omgjort til kombinasjonen dag- og hotelltilbud frigjøre kapasitet. *Her vil en understreke nødvendigheten av at gevinsten forblir i sykehussystemet slik at tilbudet/kapasiteten totalt sett ikke svekkes.*

Avtalebasert kjøp av tjenester fra private kommersielle sykehus er nevnt, og skal under henvisning til Soria Moria-erklæringen begrenses. Det er viktig å foreta en kritisk vurdering av hvilke konsekvenser utstrakt anvendelse av slike kommersielle tilbud får, bl.a. lekkasje av høykompetent personell ut fra de offentlige sykehus, samt økende grad av "organfokuseret" behandling som kan gå på bekostning av helhetlige tilbud, kronikeromsorg etc.

Tildeling av hjemler for privat spesialistpraksis resulterer ofte i store geografiske skjevheter. Paradoksalt nok vil regioner med de største befolkningsmessige behov for spesialisttjenester ha færrest antall hjemler for dette formål.

Kapittel 13 Lokalsykehus

b) Prioritering av lokalsykehusene støttes særlig av hensyn til kronikergruppene og eldre. Det foregår i dag en viss forsøksvirksomhet med tjenester mellom 1.- og 2. linjen, bl.a. så kalt 1 ½ - linjetjeneste, "B-sykehus", distriktsmedisinske sentra osv. Slike løsninger kan være faglig gunstige for en del pasienter, men finansieringsordningene bør avklares nærmere. Dessuten bør en unngå å etablere et nytt helsetjenestenivå hvor en pådrar seg nye utfordringer knyttet til samordning og ivaretagelse av et helhetlig pasientfokus.

Andre forhold

Høringsinstansene er også invitert til å påpeke andre forhold/temaer som bør trekkes fram i omtalen av status og om det er lagt vekt på de mest sentrale utfordringer. Etter Eidsvoll kommune mangler høringsnotatet følgende temaer:

Sykehusenes utskrivingspraksis – konsekvenser for kommunehelsetjenesten.

Konsekvensene av betalingsforskriften som ble iverksatt som følge av sykehusreformen mener vi burde ha vært omtalt som eget tema i høringsnotatet. Endringen fra at pasientene først ble utskrevet fra sykehus som "ferdigbehandlet" til "utskrivingsklar" (begge begreper er ensidig definert fra spesialisthelsetjenesten), har gitt kommunehelsetjenestene omfattende og krevende utfordringer. En stadig mer aktiv/pågående utskrivningspraksis gjennom de senere år har gitt kommunene større ressurs- og kompetansemessige utfordringer i form av andre brukergrupper (kreftpasienter, MS m.v.), samt at pasientene er dårligere med omfattende behov for oppfølging/behandling. Pleie- og omsorgstjenestene er med andre ikke lenger kun eldreomsorg, men omfatter en langt større/videre brukergruppe enn det som sentrale myndigheter synes å være klar over. Denne "stillete" reformen er på ingen måte økonomisk kompensert.

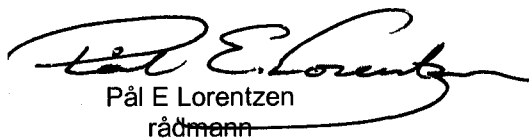
Status rusreformen.

Et annet tema som vi etterlyser i høringsnotatet, er status og utfordringer knyttet til rusreformen, spesielt rusreform II om spesialisthelsetjenestens ansvar for nødvendig helsehjelp og behandling. Denne reformen ble som kjent gjennomført fra 2004, og på tross av fagre løfter så vi har ennå ikke sett resultater av denne reformen utover de konsekvenser det har fått for presset på kommunens helse- og sosialtjenester som står maktesløs så lenge det verken er tilstrekkelig behandlingsskapasitet eller akuttmottak innen spesialisthelsetjenesten. Vi registrerer at det er planlagt en egen opptrappingsplan for rusfeltet, men mener at dette området er så vidt viktig (og så forsømt) at det fortjener omtale i Nasjonal Helseplan.

Oppsummering og generelt inntrykk:

Høringsnotatet gir en omfattende beskrivelse av dagens helsetjenester, men er lite enhetlig i oppbyggingen, særlig når det gjelder å konkretisere strategier og tiltak ut fra hva som er de store utfordringene. Generelt er det tydelig at kommunehelsetjenesten vil få større oppgaver framover, og for mange pasienter er dette positivt. Staten må imidlertid sørge for en tilpasset finansiering slik at kommunene reelt vil makte oppgavene! Det er også viktig å unngå unødvendig byråkratisering gjennom krav om detaljert planlegging, rapportering, internkontrollsystemer m.v. som øker de administrative kostnadene og reduserer midlene til direkte brukerrettet arbeid.

Med hilsen



Pål E Lorentzen
rådmann



Knut Viset
Helse og Sosialsjef

Kopi til: Fylkesmannen i Oslo/Akershus
Kommunenes sentralforbund
Hovedutvalget for helse og sosial