

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

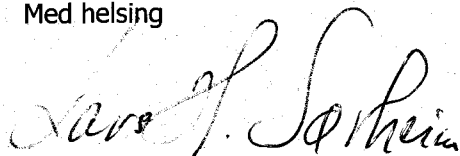
Vår dato: 20.06.2006
Vår ref: 2006/1247 - 6178/2006 / 113
Dykkar ref:

Nasjonal helseplan (2007 - 2010) - høyring

Viser til høyringsdokument og sender med dette saksprotokoll frå Stord formannskap den 14.6.06, som høyringsuttale.

Vedlegg 1.

Med helsing



Lars Helge Sørheim
kommunelege

Saksprotokoll i Formannskapet - 14.06.2006

34/06 - NASJONAL HELSEPLAN (2007 - 2010) - HØYRING

Vedtak:

Formannskapet sluttar seg til rådmannen sitt framlegg til høyring.

Handsaming

Samrøystes vedteke

Rett utskrift:



møtesekretær

Saksframlegg

Saksnr

Utval

Møtedato

Formannskapet

NASJONAL HELSEPLAN (2007 - 2010) - HØYRING

Framlegg til vedtak:

Formannskapet sluttar seg til rådmannen sitt framlegg til høyring.

Dokumentoversyn

Trykte vedlegg: Høyringsnotat – Nasjonal helseplan (2007 – 2010) datert 22.05.06

Utrykte vedlegg:

Bakgrunn / faktisk opplysningar

Helse og omsorgsdepartementet har lagt ut til høyring eit notat med ein tematisk gjennomgang av tilhøve som vil verta sentrale i ein Nasjonal helseplan for perioden 2007-2010. Departementet vil ha strukturert tilbakemelding på statusomtale, val av utfordringar, strategiar, tiltak og avgjerdsprosessar. Denne strukturen er vanskeleg å finna att i høyringsdokumentet og svarfristen er svært kort. Stord kommune vel såleis i tilbakemeldinga å frigjera seg noko frå føringane i høyringsbrevet.

Områda som planen plukkar ut for utviklingsarbeid er viktige for heile helsetenesta. Det må leggjast særleg vekt på kvalitet og prioritering, samhandling, forskning ut frå trong og sentralt styrt bruk av IKT som reiskap.

Kommunehelsetenesta har fått ein liten plass i notatet og i tillegg er det for det meste omsorgsutfordringa og evaluering av fastlegeordninga som er omtala. Strategiar for vidare arbeid kjem dårleg fram. Det ligg føre ei rekkje rettleiingsmateriell, tilrådingar og handlingsplanar frå tidlegare på mange aktuelle område. Desse kan truleg med fordel takast inn i planen.

Spesialisthelsetenesta inkludert samhandling, investering og styring har fått større plass. På den andre sida vert denne delen utfordra på møtet med brukar og samhandling med tenestene i kommunane. Her er og gjort mykje i andre og tidlegare arbeid, mange gjeld samla for fleire område (t.d. Wisløff-utvalget), og dette må takast fram og med vidare.

Tendensen med innsyn, opne prosessar og demokratisering må halda fram.

Utdanningsstruktur og spesialisering må vera sentralt regulert og styrt av behova i samfunnet, dette gjeld og spesialiststruktur for legegruppa. Strategi for sikring av personelltilgang må koma tydeleg fram. Forsking i tenestene må vera grunnlag for ny kunnskap særleg der tiltaka har mangelfull basis i forskning. Sentral vurdering og fordeling av investeringar og satsing innanfor IKT er viktig styrings- og utviklingsreiskap.

Det er viktig at ein Nasjonal helseplan ikkje berre vert ein helseteneste- eller sjukehusplan. Den bør halda fokus på tiltak for å fremja og styrka helse og trivsel, førebyggja sjukdom og utvikling av sosiale skilnader i tillegg til diagnostiserings- og behandlingstiltak. Det er i kommunane dei med god helse, dei med helsesvikt og dei med dårlege sosiale kår bur. Det er her mange av dei helsefremjande og –trugande faktorane får verka m.a. gjennom miljø, samliv, arbeid, kultur, framandkultur og sosiale skilnader. Tiltak for å få fram meir kunnskap om helseeffektar av desse tilhøva, som kan omsetjast i praktiske åtgjerder og som m.a. kan påverka utviklinga av diagnostiserings- og behandlingsapparatet, er viktige for dei som bur i kommunane (alle). Utvikling av kompetansemiljø på desse områda er nyttig som støtte for samfunnsmedisinsk arbeid i kommunane. I tillegg kjem kompetanse i smittevern og beredskapsarbeid som grunnlag for handsaming av epidemiar og lokale krisetilfelle.

Demografisk utvikling, auka levetid med kreft og kroniske sjukdommar, utviklinga innan rusfeltet og psykiatri gjev nokre like utfordringar. Dei er personellkrevjande, krev fleifagleg samarbeid og der er lite forskningsbasert kunnskap som kan nyttast. Folk sine krav/rettar må forventast å verta styrkte. Arbeid med universell utforming, utvikling av hjelpemidlar og satsing på rehabilitering og opptrening er viktige område i møtet med denne utviklinga. Dette er område som bør byggja på nærleik og samhandling dersom alle skal få best mogleg liv i kommunen.

Dei framtidige dødsårsaker vert hjerneslag, hjarte- og lungesvikt i tillegg til langt komen kreftsjukdom. Desse sjukdomsgruppene vil stilla krav til god lindrande behandling både i og utanfor institusjon. Det vert personellkrevjande og krev fleifagleg samarbeid dersom alle skal ha best mogleg utgang frå livet i kommunen.

Lokalsjukehusa skal vera tryggleiksbasen for alle desse gruppene og samhandling med primærhelsetenesta er ein bærebjelke i dette systemet. Dei store sjukehusa må utvikla ein liknande funksjon i sine nærområde. Den må rettast mot dei vanlegaste tilstandar og tilstandar der nærleik og samhandling er viktig. Den krev breiddekompetanse og akuttfunksjon i både indremedisin og kirurgi med støttefunksjonar og med evne til å sortera og stabilisera før ev. vidareending til meir spesialisert behandling. Rettleiing, ambulerande team, meistringssentra, poliklinikkar og distriktpsikiatriske sentra inkl. BUP er viktige reiskapar som må utviklast. Fødeavdelingar for lågrisikofødsler er ein del av dette. Det må leggjast tilrette for å finna gode kriteria for sortering slik at LEON-prinsippet og kan gjelda innanfor denne omsorga.

Til slutt vil Stord kommune nemna ein del område som bør vurderast å få ein tydelegare omtale i planen:

IKT vert drive fram som reiskap for informasjon, rapportering, kartlegging, samhandling og tenesteproduksjon. Drøfting av kva verknader redusert personleg kontakt mot brukar av tenestene og mellom personell i tenestene har på kvalitet og kva fordelingseffektar dette har for tenestene i høve reelle behov, bør liggja føre som grunnlag for val av tiltak og strategi.

Ungdomshelse bør få plass i planen. Denne livsfasen er grunnlag for dårleg helse og utvikling av psykisk og fysisk sjukdom seinare i livet. Den store NAV-reforma og helsemessige konsekvensar/forventingar frå dette arbeidet høyrer inn i ein helseplan for denne tidsperioden. Det same gjeld Opplæringslova sine krav til fysisk og psykososialt læringsmiljø som fremjar helse, trivsel og læring. Dette heng og saman med satsing på rehabilitering, psykiatri, rus og ev ungdomsmedisin i aksen heim, skule, arbeids- og fritidsliv.

Styrking av forskings- og utviklingsarbeid i førstelinetenesta i samarbeid med dei ulike og desentrale høgskulemiljøa/NAV, arbeidsliv og skule bør vera eit område som vert omtala dersom departementet ser eit potensiale i dette. Problemet med den jamne vekttauken hjå folk kan vera døme på eit område som ligg tilrette for samordna og breidd massestrategi gjennom fleire sektorar evaluert og studert gjennom forskning.

Strategiske grep for å halda eller tilføra samfunnsmedisinsk kompetanse til kommunane og føretaka eller RHF bør omtalast. Det same gjeld strategi for interkommunalt samarbeid på område der det kan vera rasjonelt og gjev betre kvalitet (t.d. legevakt og miljøretta helsevern). Nasjonal helseplan bør og sei noko om kriseplanlegging der krav til interkommunalt samarbeid, samarbeid med helseføretak og ev RHF bør drøftast. Det same gjeld smittevern og utbrotsoppløysing der og Mattilsyn er ein aktuell aktør. Apotekreforma og vidareutvikling av denne i høve kvalitetssikring (t.d. "Multidose"), leveringstryggleik og beredskap er eit viktig område å drøfta i helseplanen.

Stord kommune ser med forventning fram til eit endeleg planutkast. Det er truleg lurt å ikkje gjera den for omfattande i volum. Den bør heller byggja på og visa til sentrale deler av anna utgreiingsarbeid, rettleiingsmateriell og rapportar som er gjort, og trekkja fram gode strategiar frå desse.

Framlegg til vedtak

Formannskapet sluttar seg til rådmannen sitt framlegg til høyring.