



Dato: 21. juni 2006
Saksnr.: 200604996-3
Arkivkode E: 113 G00 & 13
Saksbehandler: Janne B. Brunborg

Saksgang
Formannskapet
Helse- og sosialstyret

Møtedato
21.06.2006
20.06.2006

Høringsuttalelse - Nasjonal helseplan (2007 - 2010)

Sammendrag:

Som høringsinstans mottok Kristiansand kommune 30. mai 2006 høringsnotat knyttet til Nasjonal helseplan (2007-2010) fra Helse- og omsorgsdepartementet. Høringsfristen er satt til 23. juni 2006. Høringsnotatet er ikke noe utkast til endelig plan, men gir en tematisk gjennomgang av status og utfordringer som vil være sentrale i den Nasjonale helseplanen for perioden 2007-2010.

I Soria Moria-erklæringen ble det lagt opp til at Stortinget skal få til behandling en nasjonal helseplan hvert fjerde år. Det tas sikte på at Nasjonal helseplan (2007-2010) legges frem i tilknytning til St.prp. nr. 1

Nasjonal helseplan vil ha som mål å sikre helheten i utviklingen av helsetjenesten. Den skal omhandle områder hvor det er behov for klargjøringer av politiske mål og rammer for utviklingen. Det er en overordnet målsetting at befolkningen skal ha likeverdig tilgang av helsetjenester av god kvalitet. Helseplanen for årene 2007-2010 vil dels være rettet mot helheten i helsetjenesten og dels mot spesialisthelsetjenesten i de 5 regionale helseforetak. For den samlede helsetjeneste er det viktig å bedre samhandlingen mellom de store aktører og videreutvikle brukermedvirkningen og pasientenes mulighet for mestring av egen livssituasjon.

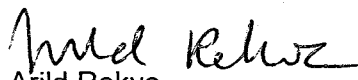
Helse- og omsorgsdepartementet vil i tillegg til nasjonal helseplan legge fram en stortingsmelding om fremtidens omsorgstjenester. Meldingen vil ta opp problemstillinger knyttet til de kommunale tjenestene som det ellers ville vært naturlig å behandle i Nasjonal helseplan.

Rådmannens forslag til høringsuttalelse er vedlagt

Forslag til vedtak:

Helse- og sosialstyret ber formannskapet slutte seg til rådmannens forslag til høringsuttalelse.


Tor Sommerøth
Rådmann


Arild Rekve
Kst. Helse- og sosialdirektør

Trykte vedlegg:

- Høringsuttalelse
- Høring – Nasjonal helseplan (2007-2010)

Utrykte vedlegg:

Ingen

Bakgrunn for saken :

Høringsnotat - Nasjonal helseplan (2007 - 2010)

Som høringsinstans mottok Kristiansand kommune høringsnotat knyttet til Nasjonal helseplan (2007-2010) fra Helse- og omsorgsdepartementet 30. mai 2006. Høringsfristen er satt til 23. juni 2006. *Høringsnotatet er ikke noe utkast til endelig plan, men gir en tematisk gjennomgang av status og utfordringer som vil være sentrale i den Nasjonale helseplanen for perioden 2007-2010.*

Det er under de enkelte kapitlene gitt overordnede omtaler av status, sentrale utfordringer og skissert viktige elementer for hvordan situasjonene kan møtes. Departementet inviterer til innspill på valg av temaer og problemstillinger, herunder:

- 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 besluttet?

I Soria Moria-erklæringen ble det lagt opp til at Stortinget skal få til behandling en nasjonal helseplan hvert fjerde år. Det tas sikte på at Nasjonal helseplan (2007-2010) legges frem i tilknytning til St.prp. nr. 1. Nasjonal helseplan vil ha som mål å sikre helheten i utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Den skal omhandle områder hvor det er behov for klargjøringer av politiske mål og rammer for utviklingen. Det er en overordnet målsetting at befolkningen skal ha likeverdig tilgang av helsetjenester av god kvalitet. Helseplanen for årene 2007-2010 vil dels være rettet mot helheten i helsetjenesten og dels mot spesialisthelsetjenesten i de 5 regionale helseforetak. For den samlede helsetjeneste er det viktig å bedre samhandlingen mellom de store aktører og videreutvikle brukervedvirkningen og pasientenes mulighet for mestring av egen livssituasjon.

Kommunehelsetjenesten er en sentral bærebjelke i norsk helsetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet ønsker derfor å nyttiggjøre seg den samlede erfaring og kompetanse som kommunen besitter.

Målet med nasjonal helseplan er å gjøre helsepolitikken og den samlede helsetjeneste bedre sett fra pasientens ståsted. Overordnede strategiske grep er nødvendige for å videreutvikle helsetjenestetilbudet i Norge, på et verdigrunnlag som skal vektlegge høy kvalitet og likeverdig tilgang til tjenester. Nasjonal helseplan skal gi en helhetlig analyse av de utfordringer som helsepolitikken står overfor og trekke opp rammer for hvordan utfordringene bør møtes. Planen skal understøtte og styrke at utviklingen av de ulike delene av helsepolitikken får et helhetlig perspektiv.

Viktige områder vil være:

- Folkehelsearbeid skal styrkes
- Videreutvikle den offentlige helsetjenesten slik at den blir robust og tilpasningsdyktig for å takle stadig nye utfordringer
- Videreføre utvikling av en god lokaltbasert 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 ulikhet i helse skal bekjempes

Høringsnotatets oppbygning

Notatet består av fire deler:

Del I behandler rammer og bakgrunn for høringsnotatet (kap. 1).

Del II behandler felles utfordringer i helsetjenesten. I denne delen er det plukket ut syv områder der det er særlig viktig at utviklingsarbeidet skjer innenfor koordinerte og helhetlige rammer. Følgende områder (kap. 2 t.o.m. kap. 8) inngår i denne delen:

- Utfordringer for folkehelsen - forebygging
- Strategi for kvalitet og prioritering
- Strategi for samhandling
- Psykisk helse
- IKT i helsetjenesten
- Forskning for bedre helse
- Tverrfaglige satsninger, handlingsplaner og strategier.

Del III behandler den kommunale helse- og sosialtjenesten (kap. 9). Som tidligere varslet vil Helse- og omsorgsdepartementet legge fram en stortingsmelding om framtidens omsorgstjenester. Meldingen vil ta opp problemstillinger knyttet til de kommunale tjenestene som det ellers ville vært naturlig å behandle i Nasjonal helseplan. Del tre tar opp problemstillinger knyttet til omsorgstjenestene og øvrige kommunale tjenester, med vekt på at dette skal være en dialog i forhold til kommende stortingsmelding.

Del IV (kap. 10 tom 14) behandler problemstillinger som er rettet inn mot spesialisthelsetjenesten. Følgende kapitler inngår:

- Organisering og styring
- Kapasitet og struktur
- Investeringer
- Lokalsykehus
- Utdanning av helsepersonell

Generelle kommentarer:

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. Det fremkommer få tydelige veivalg for å vise hvilke tiltak som skal iverksettes. Dette gjør at det er en krevende oppgave å gi høringsuttalelse. Høringsfristen er kort tatt i betraktning tid til politisk behandling.

Ferdig utarbeidet plan kan derfor med fordel deles opp i ulike deler der en skiller ut den massive informasjonen om situasjonsbeskrivelser slik at målsettinger, strategier og tiltak fremkommer tydeligere.

Etiske problemstillinger, rammebetingelser og avgrensninger bør diskuteres i planen. Referansedokumenter og sammenfallende planer bør også beskrives.

Del 3 som behandler den kommunale helse- og sosialtjenesten omtaler i liten grad de områdene som det er knyttet store utfordringer til i tiden fremover. Dette oppleves som mangelfullt på bakgrunn av de store oppgavene kommunen skal løse innenfor området. Det vises imidlertid til varslet stortingsmelding om framtidens omsorgstjenester fra Helse- og omsorgsdepartementet. En må sette stor lit til at denne meldingen er grundig i sin

behandling av alle kommunens tjenester innen helse- og sosial, hvis planarbeidet skal utgjøre et godt styringsredskap.

Det er positivt at medvirkningsperspektivet fra pasient og brukerorganisasjoner fremkommer som et tydelig verdivalg og at samhandling mellom sektor og tjenestenivå er viet så mye plass. Videre er det positivt at viktigheten av kvalitetsutvikling, forebyggende arbeid og likhet i tilgang på tjenester vektlegges tungt.

Oppgavefordelingen/ansvarsavklaring

Det fokuseres mye på samhandling mellom de ulike nivå. Det er av den grunn svært viktig at Nasjonal helseplan tydeliggjør et helhetsspektiv. Innenfor områder som psykisk helsevern og tilbud til pasienter med kroniske lidelser er det uttalt målsetting om viktigheten av samarbeid mellom første og andrelinjetjenester med basis i å utvikle en felles forståelse av ansvars- og oppgavefordeling mellom nivåene. Innenfor disse områdene er det store diskusjoner om å finne omforent forståelse av primæransvarsområdene. Dette er et komplekst område og en vil her generelt bemerke følgende. Kommuner og sykehus har det til felles at de skal betjene en økende befolkning, spesielt i de eldste aldersgrupper. Kommunene og spesialisthelsetjenestene deler ansvaret for å tilby tjenestene når individet trenger hjelp for et helseproblem. Generelt står kommunene for det breddeorienterte velferdstilbudet. Helseforetakene skal tilby de spesialiserte behandlingene. Kommune og helseforetak deler det juridiske ansvaret for å yte tjenester. I praksis er det en flytende delelinje. Det foregår derfor nærmest kontinuerlig en diskusjon om de gråsonene som er i denne delelinjen. Debatten har oftest oppmerksomheten rettet mot den enkelte aktør, kommune eller sykehus, og enda oftere på deltjenester hos en av partene, for eksempel psykiatritilbudet. Dette fjerner forståelsen for at helsevesenet, på helhetlig/samfunnsnivå er et samspill mellom flere aktører.

Utviklingen viser at det stadig skjer endringer i samspillet mellom aktørene. De siste årene har det vært en kraftig vekst i tjenestetilbudet, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Innføring av økte pasientrettigheter har bidratt til at flere har krav på behandling. Det at en større andel av befolkningen får behandlingstilbud utvider antallet personer under behandling og oppfølging, og gir et økt press på tjenestetilbudene på begge nivåer.

Fastlegene har overtatt en del pasientoppgaver som tidligere ble utført på spesialistnivå. Pleie og omsorgstjenesten i kommunen har fått større oppgaver enn tidligere, blant annet med pasienter som bruker respirator, avansert smertebehandling og i omsorgen for psykisk syke. Grenselinjen for hvilke oppgaver som skal løses på henholdsvis kommunalt nivå eller i spesialisthelsetjenesten er dessuten avhengig av økonomiske styringsmidler, det lokale samarbeidet mellom kommuner og sykehus og endringer i sykehusstrukturen etter foretaksreformen.

Ny kunnskap påvirker sykehusene, og i neste omgang også kommunene. Dette er en vanskelig balansegang og en mer tydelig uttalt sammenheng innenfor disse utfordringene ville vært ønskelig i en nasjonal helseplan. Det vil være helt nødvendig i forhold til prioriteringer, ansvar innenfor delelinjen og gråsoner for å redusere skyvproblematikk og ansvarsfraskrivning på de ulike nivåer med mål om en helhetlig pasientbehandling. Det er et utfordrende område med mange muligheter for nytenkning både i forhold til samorganisering og drift av tjenester.

Uttalelsene videre er knyttet til de hovedområdene som departementet har fokus på. Det er ikke knyttet særlige kommentarer til del 5 Spesialisthelsetjenesten.

Del 2. Felles utfordringer i helsetjenesten (Side 11)

Kap. 2 - Utfordringer for folkehelsen – forebygging side 13 .

Er det andre forhold som bør trekkes frem i omtalen av status?

Betydning av forebyggende innsats for helse og etterspørsel av helsetjenester. (Side 14)

"Dette reiser viktige spørsmål om hvor og hvordan tilgjengelige ressurser brukes. Det er sannsynlig at tiltak som forbedrer oppvekstforholdene for barn og unge, og et samfunn som fremmer fellesskap, fysisk aktivitet og trygghet, har større effekt på folkehelsen enn svært mange ressurskrevende tiltak i helsevesenet. Systematisk forebyggende innsats har som siktemål å fremme helse og livskvalitet for den enkelte, beskytte mot sykdom og uhelse samt medvirke til bedre funksjonsevne og selvhjulpenhet i voksenlivet og alderdommen. Grunnlaget for god helse i oppveksten og gjennom hele livsløpet legges i barne- og ungdomsårene."

I forhold til dette utsagnet etterlyses 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.

Regionalt og lokalt folkehelsearbeid: Side 14-15.

Folkehelsearbeid forutsetter tverrsektorielle løsninger. I den langsiktige strategien som ble staket ut i 2004 har utviklingsmål og stimulerings tiltak hovedsakelig vært rettet mot kommuner og fylkeskommuner. Spesialisthelsetjenestens hovedansvar i forebyggende helsearbeid er hovedsakelig sekundærforebygging. Livsstilsendring gir betydelige effekter på pasienters videre utsikter. I stor grad har spesialisthelsetjenesten forsømt dette vesentlige felt i oppfølging av store pasientgrupper. Det savnes en tydeligere integrering av spesialisthelsetjenesten forebyggende helsearbeid. Spesialisthelsetjenesten kan også bidra i det generelle folkehelsearbeidet på områder der de har kompetanse. De fleste foretak har Læring og mestringssenter som vil være en glimrende arena for samarbeid innenfor dette feltet.

Er det lagt vekt på de mest sentrale utfordringene?

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.

Kap. 3 - Strategi for kvalitet og prioritering (Side 15)

Er det andre forhold som bør trekkes frem i omtalen av status?

Kvalitet og prioriteringer i helsetjenesten handler om hvordan tjenestene kan fungere best mulig for å gi helsehjelp som er rettferdig fordelt på tvers av brukergrupper, sosial status, etnisitet og geografi. Det er et overordnet mål at befolkningen skal sikres likeverdig tilgang på helsehjelp av god kvalitet. Til tross for økte helsebudsjetter er det i Norge, som ellers i de vestlige land, et gap mellom folks forventninger og det faktiske tilbudet fra helsetjenesten. Data fra tjenestene viser at det ikke alltid er lik tilgang på tjenester. Dette kommer fram ved at det er ulik praktisering av hvordan pasienter prioriteres og hvilke tjenester som tilbys.

Når man innledningsvis skisserer området, 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) Dette savnes i en statusbeskrivelse, spesielt når det gjelder rusfeltet hvor en har vært usikker på hvordan kriteriene ville gi seg utslag på omfang av omsorgs- og helsetjenester til den gruppen som har størst behov for sammensatte og tilrettelagte tjenester.

Notatet omtaler arbeidet med pasientsikkerhet. En savner her en redegjørelse for status når det gjelder klageordningene. Ser praksis ut til å fremme pasientsikkerhet gjennom godt rettsvern? (antall klager, antall saker som har fått medhold/ er blitt avvist, alvorligheten i sakene som påklages osv.)

Er det lagt vekt på de mest sentrale utfordringene?

Det er bra at det fokuseres på de store ulikhetene i praktiseringen av prioriteringsforskriften. Det vil også være viktig å se på kvalitetskjennetegnene og hvordan sammenhengen er mellom disse og pasientenes helsegevinst.

En utfordring i kommunene er å utvikle gode metodebeskrivelser når det gjelder individuell oppfølging til ulike grupper av vanskeligstilte. Dette er tiltak som i stor grad retter seg mot å heve livskvalitet og dermed fremme bedre helse. Det er kvalitative størrelser som stiller andre krav til beskrivelse og måling av effekt, enn det en del av de øvrige kommunale tjenestene gjør. Dette vil også gjelde for enkelte tiltak i spesialisthelsetjenesten. I kommunene får oppfølgingstjenester nå større fokus som virkningsfulle tiltak og det er viktig at disse kvalitetsutvikles på linje med det øvrige tilbudet (jfr. Rapport 1 2006, Rokkansenteret "På randen av å bo")

Arbeidet som er startet opp vedrørende kvalitetsutvikling for kommunale tjenester bør intensiveres og videreutvikles spesielt i forhold til bedring av kunnskap om kvalitetsindikatorer, prioritering og dokumentasjon . IPLOS er foreløpig dårlig egnet som verktøy når det gjelder grupper som i liten grad har somatiske lidelser. Dette bør videreutvikles mht. til mennesker med rus problematikk og psykiske lidelser.

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

De sentrale satsningsområdene som er beskrevet under punkt 3.4 (side 20) kan danne grunnlaget for gode strategier når det knyttes operasjonaliserbare tiltak til dem. Spørsmålet om kvalitet og fordeling av tjenester mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene må sees i sammenheng med blant annet analyser av behovsendringer i forhold til kurative tjenester og helsetiltak som knytter seg til mestrings og kvalitetsøkning i menneskers hverdagsliv. Strategier og tiltak her må ta hensyn til ressursfordeling mellom nivåene både når det gjelder økonomi og kompetanse. Det bør videreutvikles gode rapporteringsordninger i kommunene som også beskriver kvalitet og effekt

I tillegg til dette kunne det være interessant å vurdere om det kunne identifiseres områder der det ville være hensiktsmessig med en felles standard for kvalitet for både 1. og 2. linjen. Forvaltningsnivåene har mye fokus på dette på hver sin arena og rapporterer/styrer ut fra forskjellige systemer og forventninger. Dette kan gjøre at samhandling og helhetstenkning i forhold til pasientene kan bli komplisert. Danmark har vist vilje til å utvikle seg i den retning ved et felles system IKAS.

Kap. 4 - Strategi for samhandling Side 20

Er det andre forhold som bør trekkes frem i omtalen av status?

Det nevnes at svært mange samhandlingsutfordringer gjelder forholdet mellom helsetjenesten og den kommunale sosialtjenesten. En støtter denne oppfatningen og mener at dette forholdet bør vies plass når det gjelder status, samt strategier og tiltak. Utfordringer i samhandlingen mellom disse instansene vil i størst grad ramme de som har en helsetilstand som krever nettopp koordinering og samordning av tjenester på tvers av forvaltningsnivå. Det er grunnlag for å anta at det i denne gruppen befinner seg mange som ikke får utløst helsetjenester de har behov for og krav på, blant annet rusmisbrukere og mennesker med dobbeldiagnoser.

Det nevnes ikke noe om status i forhold til tiltak som skulle bedre samordning/ samhandling, eksempelvis bruken av individuell plan. (side 22)

Er det lagt vekt på de mest sentrale utfordringene?

Hvis en av utfordringene faktisk omhandler gråsoner eller samhandlings problemer mellom helse og sosial må dette belyses og bli gjenstand for strategier med tilhørende tiltak.

Oppfølging av Wisløffsutvalgets anbefalinger :

Det nevnes på side 21 at Wisløff-utvalgets analyser og forslag i stor grad har fått tilslutning. En understøtter 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 tyngdekraft mot spesialist- helsetjenesten, både i forhold til tildeling av ressurser og oppmerksomhet og det minnes om dette grunnleggende prinsippet som helsetjenesten skal bygge på.

Nasjonal 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 tilrådinger fra Wisløffutvalget.

Dette er åpenbart en svært utfordrende oppgave for de aktører som skal samordne å formalisere tjenestetilbud til brukere. Dersom en spesifikt ser på helseforetakene og krav til samarbeid med samtlige kommuner i sitt nedslagsfelt ligger utfordringen trolig i å forholde seg til et stort antall kommuner med stor geografisk spredning, ulike behov, organisering og størrelse. Det er også utfordrende for kommunen å forholde seg til helseforetak som kan oppleves som lite sammenhengende og oppsplittet både i forhold til lokalisering og spesialisering. Dette stiller store krav til dialog, informasjonsflyt, forankring og avklaringer. Dette ansvaret må være gjensidig forpliktende for alle nivåer. Det er tatt mange ulike initiativ på flere nivå innenfor dette området. En mer systematisk og helhetlig tilnærming på dette feltet sees på som helt nødvendig. Det savnes en beskrivelse av strategi i forhold til dette området i dokumentet.

Det beskrives at det i arbeidet legges vekt på to forhold:

1. *Spørsmål om etablering av et nasjonalt avtalesystem for understøttelse av samhandling*

Det vurderes om det bør inngås en bilateral avtale mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og kommunene ved KS. Videre om avtalen kan følges opp med ytterligere avtaler mellom foretak og kommuner. Elementer i skissen som det arbeides med:

- Avtalen må etableres innenfor rammen av regelverk og retningslinjer for forholdet mellom stat og kommuner. En avtale kan ikke pålegge kommunene å inngå oppfølgingsavtaler. Men det legges til grunn at det gjennom prosedyrer og forankringsarbeid kan legges et grunnlag som gir tilstrekkelig lokal oppfølging. På statlig side vil oppfølgingen skje gjennom det ordinære styringssystemet.

Spørsmålet og vurderingene i forhold til dette er om avtaler på overordnet nivå med de beskrevne rammebetingelser er sterke nok til å nå målsettingen på sikt. Det savnes og bør vurderes nærmere andre organisatoriske grep eller økonomiske incitamenter. Dette er åpenbart et utfordrende område med mange muligheter for nytenkning.

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

Primærhelsetjeneste, kommunale omsorgs- og pleietjenester og spesialisthelsetjeneste henger nøye sammen og bør ha felles IKT-opplegg som understøtter samhandlingsbehovet. Videre er det viktige samhandlingslinjer mot apotek, Ny arbeids og velferdsordning (NAV), Rikstrygdeverket (RTV) og helserefusjoner. Alle disse aktører vil ha behov for sikker IKT kommunikasjon. En vil understreke viktigheten av felles IKT-nett for å bedre samhandlingen og effektivitet i kommunikasjonslinjene.

I forhold til tiltak vil en fremheve viktigheten av å innen kort tid få koblet alle landets kommuner opp mot Norsk Helsenet. En anser det som svært viktig å prioritere oppkobling og så videreutvikle innholdet. Norsk Helsenet vil kunne fungere som en datatransportør slik at kommunene kan kommunisere med de andre aktørene i nettet innen de allerede eksisterende formatene/tjenestene

Kap. 5 - Psykisk helse side 23

Er det andre forhold som bør trekkes frem i omtalen av status?

Under punkt 5.2 (side 24) fremholdes det at kapasiteten er økt i spesialisthelsetjenesten med flere døgnplasser etc. her bør det fremkomme at det er store geografiske forskjeller pr. i dag.

Er det lagt vekt på de mest sentrale utfordringene?

Utfordringer for de kommunale tjenestene

Målet for psykisk helsearbeid er å støtte enkeltmennesker til å ta i bruk sine ressurser og sin evne til å mestre hverdagen. Kommunene har ansvar for å tilrettelegge for at mennesker med psykiske lidelser kan delta i et tilpasset arbeidsliv og benytte kultur- og fritidstilbud. Brukerne framhever ofte slike tilbud som avgjørende for å få kontroll over eget liv og få økt livskvalitet. Psykisk helsearbeid omfatter tiltak fra de fleste kommunale sektorer og kan ikke avgrenses til kun helsetjenester. Her bør det trekkes inn strategier ift. til samarbeid med frivillige organisasjoner og ikke minst målsettinger ift. til NAV- reformen.

Kartleggingen av tvangsbruk mot psykisk syke, foretatt av SINTEF 2006, viser blant annet at mer enn 40 % av de som er innlagt med tvang ikke har egen bolig. Hele 27 % er helt uten bo-tilbud. I tillegg til dette er det en stor andel i samme gruppe som ikke bor i egnet bolig. Dette antyder store utfordringer som planen bør ta opp i seg. Det handler om mangler i det kommunale tilbudet, om forhold som kompliserer samarbeidet mellom nivåene når det gjelder både innleggelser og utskrivninger. Undersøkelsen viser også svært store geografiske variasjoner når det gjelder tvangsbruk, samtidig som den dokumenterer at bruken av tvang også er relatert til fattigdomspolitikken.

Sammenheng i behandlingsskjede til barn og unge og innsats når det gjelder forebyggende og lavterskeltilbud til denne gruppen bør fremkomme tydeligere.

Videre bør det fremkomme et fokus rundt ivaretagelse av barn og unge med psykisk syke foreldre eller foreldre som er rusavhengige.

Psykisk syke med behov for langvarige og koordinerte tjenester/ rus/psykiatri.

Omstrukturering av psykiatrien i spesialisthelsetjenesten med nedleggelse av døgnplasser og satsing på utvikling av Distriktpsikiatriske sentre og med følgende endret oppgavefordeling mellom 1 og 2 linjetjeneste har vært og er fortsatt er en krevende prosess. Opptrappingsplanen innenfor psykisk helse har vært et virkemiddel i dette henseende og skapt et fundament for videreutvikling. En vil understreke viktigheten av å forankre og forplikte videre satsing innenfor dette feltet også etter perioden avsluttes i 2008. Høringsdokumentet er etter vår vurdering ikke tydelig nok i forhold til disse utfordringene verken når det gjelder målsetting eller strategier innenfor områder som videre oppgavefordeling eller ressursinnsats.

Omstruktureringen har medført at kommunen har fått flere og tynge oppgaver som er ressursintensive både i forhold til økonomi og kompetanse. Opptrappingsmidlene frem til nå har ikke vært av den størrelsesorden at en har maktet å løse store oppgaver når det gjelder tjenestetilbud til mennesker som trenger stor ressursinnsats fra kommunen og koordinerte tjenester med 2. linjen. *Brukere, med problematikk både i forhold til rus og psykiatri, representerer store utfordringer både faglig og ressursmessig slik at de skal få tilbud om adekvat bo- og helsehjelp, bli ivaretatt på en verdig måte og øke sin livskvalitet.*

I tillegg til dette er det et stadig økende antall personer i kommunene som har langvarig psykisk sykdom med variabel symptomatologi og samtidig rusproblem, som særlig under rus kan ha en adferd som blir til fare eller alvorlig sjanse for andre mennesker. De har i varierende grad tidligere utført kriminelle handlinger. Disse utskrives fra psykiatrisk sykehus blant annet fordi de under opphold ikke fremstår som så aktivt psykotiske at det kreves tilbakeholdelse. De får et bo - tilbud i kommunen, men tjenesteutøverne der har ikke hjemmel til å hindre at de igjen får en adferd preget av rus og psykose, og de blir oppfattet som truende i sitt nærmiljø. Politi og domstol finner ikke grunnlag for frihetsberøvelse i form av varetekt eller fengsel. Det er kommunen som skal gi "pleie- og omsorgstjenester". Ideologien bak dette er bra. Kommunen er også sterkt interessert i at de senger andrelinjetjenesten disponerer, skal anvendes på best mulig måte til behandling. Når antallet senger skal reduseres, ser en at personer som trenger en omsorg hvor grensene for deres livsutfoldelse bør være sterkere enn det kommunen har hjemmel for å gi, også blir skrevet ut. Sykehuset benytter seg av og til av den nye formuleringen "tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold", ved en del av disse utskrivningene. Det faglige ansvaret for personen ligger da formelt på sykehuset, men de reelle utfordringene i det daglig kan bli større enn kommunen kan mestre. Forvaltning av eksisterende lovverk skaper uklarhet rundt løsninger av disse spørsmål. De er rusfrie dersom de lever under tvang i lukket institusjon, da blir sinnslidelsen godt kontrollert, det blir "rimelig" å forsøke dem utskrevet. Ved utskrivelse til bolig med tilsyn, er rustilgjengeligheten så stor at de ruser seg, psykosen øker, handlingsmønsteret kommer ut av kontroll. Målet må være at de personer det gjelder, får et "verdig liv", at samfunnet ikke må leve med potensielt farlige personer og at ressursene både i kommunen og andrelinjetjenesten blir brukt best mulig.

Det bør være et uttalt mål å tydeliggjøre ansvarsforhold og lage mer differensiert/fleksibelt tilbud til disse brukerne. Dette for at de personene dette gjelder skal kunne få adekvat bo- og helsehjelp.

I forhold til utfordringer for spesialisthelsetjenesten vil en i tillegg til det beskrevne presisere at det er viktig å sikre tilbudet til de alvorligste syke gjennom riktig antall akutt plasser og døgnplasser og spissfunksjoner ved de øvrige sykehusavdelingene

Opprettelsen av ambulante team ved alle DPS-er bør skje i samarbeid og sees i sammenheng med kommunenes ambulante tjenester. Det er viktig å utvikle tjenestetilbud på

ters av forvaltningsnivåene til den gruppen som har størst bistandsbehov og som må ha lav terskel og høy grad av tilgjengelighet til tjenestene for å ivareta sin helse.

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 kjennskap/ kunnskap kommunens flykningtjeneste 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 brukerguppen.

Kap. 6 - Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i helsetjenesten Side 26 - 29

Sentrale tiltak

Det bør i perioden komme på plass et sentralt legemiddelregister som alle aktører bør kobles opp mot. Dette for å sikre at informasjon om pasientens legemidler oppdateres automatisk hos alle aktører når en aktør endrer medisineren. I dag er det store utfordringer med å være oppdatert på hvilke legemidler en pasient skal ha. Pasienten forholder seg gjerne til speisalisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og til pleie- og omsorgstjenesten.

Elektroniske meldinger.

Det bør i perioden komme på plass elektroniske meldinger for alle typer rekvisisjoner/henvisninger o.l. Dette for å redusere papirbruken for de som skal henvise og rekvirere prøver o.l.

Kap. 7 - Forskning for bedre helse. Side 30

Mer og bedre forskning i helsetjenestene.

I Soria Moria erklæringen er styrking av forskning i helsetjenesten framhevet som et viktig mål. Norge har i dag lavere forskningsinnsats enn land det er naturlig å sammenlikne oss med. Forskning i primærhelsetjenesten inkludert tannhelsetjenesten, har særskilte utfordringer knyttet til oppbygging av forskningskompetanse og gode forskningsmiljøer. Det er et nasjonalt mål å øke forskningsaktiviteten i helsetjenesten. Med den erkjennelse av at de kommunale pleie- og omsorgstjenestene er større enn sykehussektoren målt i antall utførte årsverk og koster årlig mer enn 50 mrd. kr og at det innenfor dette området foregår svært lite forskning understreker en betydningen av en nasjonal satsing innenfor dette området. Tiltak i dette hensende må sikre gode fundamenter, målsettinger og økonomiske rammebetingelser for at en skal klare å bygge opp "evnen" til å forske i primærhelsetjenesten. Det vil være viktig å identifisere hvilke områder en ønsker forskning i forhold til.

Med de stadig økte sosial- og omsorgsoppgaver og nye brukergrupper vil det være viktig å øke kompetanse og forske på hvilke tiltak som har effekt blant annet i forhold til uttalt målsetting om økt livskvalitet og mestringsevne.

Del 3. Den kommunale helse og sosialtjeneste side 38.

Kommunale oppgaver er sparsomt omtalt i helseplanen. Som tidligere nevnt vil Helse- og omsorgsdepartementet legge fram en stortingsmelding om fremtidens omsorgstjenester. Meldingen vil ta opp problemstillinger knyttet til de kommunale tjenestene som det ellers ville vært naturlig å behandle i Nasjonal helseplan. Denne delen tar opp problemstillinger knyttet

til omsorgstjenestene og øvrige kommunale tjenester, med vekt på at dette skal være en dialog i forhold til kommende stortingsmelding.

I kapitel 9.3 side 43 blir Fremtidens omsorgsutfordringer beskrevet.

Krav til legedekning i sykehjem:

I statsbudsjettet for 2006 ble det varslet innføring av lokale normer for legetjenester i sykehjem i den enkelte kommune. Departementet vil i rundskriv til kommunene gi kriterier for fastsetting av lokal norm for legedekning. Rundskrivet vil presisere de krav som allerede følger av gjeldende kvalitetsforskrift og intern-kontrollforskrift om at behovet for legetjenester skal vurderes skriftlig og angis konkret i hver enkelt kommune. Sosial- og helsedirektoratet vil utvikle faglige retningslinjer for legetjenesten i sykehjem. I tillegg har Statistisk sentralbyrå innført "Legeårsverk pr institusjonsplass" som kvalitetsindikator i KOSTRA for å legge til rette for sammenligning mellom kommuner. En antar at det er realistisk å forvente økning i antall legeårsverk i sykehjem som følge av veksten i kommunenes frie inntekter, samt at regjeringens mål om 10 000 nye årsverk i pleie- og omsorgssektoren innbefatter nye legeårsverk. I ferdig utkast til plan bør strategi, krav og økonomiske rammebetingelser fremkomme tydelig.

Følgende utfordringer nevnes.

- *Nye brukergrupper*

"Stærk vekst i yngre brukere med ulike funksjonshemninger og et større spekter av helsemessige og sosiale problemer, krever annen faglig kompetanse og et helhetlig livsløpsperspektiv på omsorgstilbudet".

I forhold til dette punktet vil en legge til følgende utfordringer knyttet til en mer detaljert oppramsing 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. Disse trenger hjelp til å mestre dagliglivet og økt egenmestring. Dette er store og krevende oppgaver for kommunene.
- Mennesker med annen etnisk bakgrunn enn norsk
- Stadig økende gruppe med dobbeltdiagnose problematikk innenfor rus/psykiatri

I tillegg til dette:

Spilleavhengige

Barn og unge med psykososial problematikk, rus-problemer, adferdsvansker (ADHD)

- *Aldring*

"Behovsvekst som følge av et økende antall eldre, krever etter hvert utbygging av kapasitet og økt kompetanse på aldring, med spesielt fokus på demens og sammensatte lidelser. De nye eldre har samtidig økte ressurser både helsemessig, økonomisk og utdanningsmessig, som kan gi større evne til å mestre sykdom og funksjonstap"

I tillegg til dette vil nye brukergrupper nevnt under forrige punkt eldres og kreve annen type tilnærming enn det en pr. i dag tilbyr.

Pkt. 9.5 Fastlegeordningen side 46

Fastlegeordningen har fått meget stor plass i dokumentet. Det pekes på både positive effekter ordningen har hatt og de utfordringer en står overfor. En vil her presisere at også Wisløff utvalget retter spesiell fokus mot fastlegens viktige rolle og peker spesielt på at fastlegene er en viktig del av primærhelsetjenesten og skal ha et samlet ansvar for å vurdere helheten i pasientens situasjon og har en rolle som portåpner til det mer spesialiserte nivå. Dette gir fastlegen en naturlig rolle som koordinator for tjenestene til den

enkelte pasient. Dette innebærer alt fra samhandling med ulike kommunale instanser til samhandling med en sammensatt spesialisthelsetjeneste. Dette er svært krevende oppgaver og utfordringer for denne tjenesten. Strategier og rammebetingelser må tydeliggjøres mer. Spesielt i det ansvar og rolle de er ment å ha i forhold til mennesker med behov for sammensatte tjenester. Strategier både i forhold til organisatoriske, finansielle og juridiske områder må omtales.

Videre har en forventninger til planen at den skal ta opp i seg fokus på forebyggende tiltak i forhold til barn og unge.

Forskning og kompetanseutvikling, rehabiliteringsperspektiver, ressurskrevende brukere og tyngre omsorgsoppgaver samt videreutvikling av omsorg til psykisk utviklingshemmede.

I tillegg til dette har kommunen store utfordringer når det gjelder å tilby vanskeligstilte på boligmarkedet egnede boliger.

Foretaketenes fokus på en betydelig differensiering av tilbudene der behandlinger i større grad flyttes fra sengepost til poliklinikk, dagbehandling og pasienthotell vil få ytterligere konsekvenser for det tjenestetilbudet og kompetanse som primærhelsetjenesten må yte.

Et godt tilbud til kreftpasienter

Økning av nye krefttilfeller vil stille større krav til samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjenesten. Både økning i kreftforekomst og mulighet for livsforlengende/lindrende behandling vil gi økte utfordringer for både 1. og 2. linjetjenesten. Tjenestetilbudene til disse brukergruppene bør sees nærmere i sammenheng.

Alle disse beskrevne utfordringene krever økt satsing på kompetanseutvikling i primærhelsetjenesten.