

21.06.2006

Til
Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

HØYRINGSUTTALE TIL NASJONAL HELSEPLAN 2007 – 2010
FRÅ HOL KOMMUNE OG ÅL KOMMUNE.

Helse- og sosialadministrasjonen i Hol kommune og i Ål kommune har på vegne av sine respektive kommunar utarbeidd høyringsuttale til Nasjonal helseplan.

Generelt

Nasjonale helseplan 2007 – 2010 gjev ein god oversikt over status, utviklingstrekk og utfordringar i norsk helsevesen. Ein saknar fleire konkrete tiltak og bindande føringar for å kunne møte dei utfordringane som er beskrive.

Samfunnsmedisin

Det vert i planen understreka at det aukande tenestebehovet må sjåast i samanheng med forhold utanfor helsetenesta og at tiltak må setjast i verk tverrsektorielt. På kommunenivå er det avgjerande viktig å få styrka den samfunnsmedisinske kompetansen. Ein saknar konkrete føringar og tiltak for dette. Det må snarleg setjast statlege krav til kommunane sin bruk av den lovpålagte medisinsk-faglege rådgjevaren.

Samfunnsmedisinsk kompetanse vil på kommunenivå kunne spela ei viktig rolle i høve til mange av dei hovudutfordringar som er beskrive på side 12 og sentrale satsingsområda i kap. 3.4. Dette både i høve til folkehelse, kvalitetssikringsarbeid, prioriteringsvurderingar, vurderingar av effekt og ressursbruk, pasientsikkerheit, samhandling tverrsektorielt og tverrfagleg, og i høve til samhandling mellom forvaltningsnivåa.

Det vert derfor for spinkelt når grunngevinga for at det ”må arbeides for at samfunnsmedisinen gis et bredt og godt fundament i kommunene” i kap. 9.1 s. 42, berre er knytt til smittevern. Det vert også for spinkelt når grunngevinga for å kople samfunnsmedisinsk kompetanse til kommuneplanarbeidet er grunngeve med at dette er ramma for planlegging av helse- og sosialtenesta, smittevern og beredskap. Det er for å gjennomsyre kommuneplanen med ei målsetjing om helse, trivsel og livskvalitet på alle sektorar i kommunen, at den samfunnsmedisinske kompetanse i kommuneplanarbeidet er viktig.

Det er opp til kommunen om arbeidsoppgåvene til kommunelege I er knytt til ”inngåelse og oppfølging av de individuelle fastlegeavtalene på vegne av kommunen” (kap. 9.1, siste avsnitt s. 42). Dette fylgjer ikkje av regelverket og er ikkje vanleg.

Fastlegeordninga

Fastlegeordninga har styrka helsetenesta for enkeltindividet. Men den har svekka legetenesta sin plass i den totale helse- og omsorgstenesta. Mange deltenester manglar i dag den naudsynte medisinskfaglege påverknad eller medverknad. Ein etterlyser tiltak for å snu denne utviklinga.

Dei fleste små kommunane utnyttar fullt ut den offentlege allmenntilgjengelige tida som fastlegane er tilplikta. Det må derfor koma ordningar i tillegg til dette dersom ein i små kommunar skal få styrka legen si rolle i det tverrfaglege samarbeidet, herunder ei styrking av tilsynslegearbeidet ved sjukheimane.

Lærings- og meistringssentra, forskning og utvikling

For å få bygd opp eit nettverk av Lærings- og meistringssentra slik at dette skal vera eit tilbod med ei rettferdig fordeling, må det sikrast ei statleg finansiering. Tilbodet må utarbeidast i eit samarbeid mellom kommunehelseteneste og andrelineteneste, gjerne tilknytt distriktsmedisinske sentra (sjå nedanfor).

Ein er samd i at det må takast eit løft for å styrke forskinga i primærhelsetenesta. I denne samanheng er det viktig å sjå kor forskjellig helsetenesta i distrikta er frå den urbane (jmf. distriktsmedisin som fagbegrep). Det må byggjast opp små forskningseiningar som satellittar til dei sentrale forskingsmiljø, gjerne tilknytt distriktsmedisinske sentra (sjå nedanfor).

Samhandling

Denne høyringsinstansen er samd i at samhandlinga mellom spesialisthelseteneste og kommunehelsetenesta vert den største utfordringa i åra frametter (jmf. kap. 4, s. 20, 2. strekpunkt), særleg i høve til eldre pasientar, kroniske sjukdomar, kreft og psykiatri (jmf. kap. 11.4, siste kulepunkt). Denne høyringsinstansen meiner ikkje at det i Nasjonal helseplan vert teke tilstrekkelege grep i høve til struktur og organisering på dette feltet. Ein har ikkje nokon tru på at eit avtaleverk vil kunne gje dei naudsynte endringar.

Det er ikkje mogeleg å byggje ut spesialisthelsetenesta på same måte som dei siste 15 åra. Vi treng ei meir differensiert utbygging med nye og mindre ressurskrevjande tilbod (jmf. kap. 11.3, kulepunkt 3 under Regulering av kapasitet). Prinsippa for dei distriktsmedisinske sentra er ei god løysing på dette. Der kan tenestene rettast mot dei utfordringane som er nemnt ovanfor og det kan leggjast til rette for både observasjonsopphald og etterbehandlingsopphald og dermed ein begrensa bruk av dei meir spesialiserte sjukehussengene.

Dette vil også motverke den maktesløysa som mange pasientar kjenner på i møte med ei spesialisthelseteneste der pasientane må innrette seg etter spesialisthelsetenesta si oppsplitta organisering, i staden for å kunne møte eit heilheitleg tilbod der tenestene set pasienten i sentrum og organiserar seg deretter.

Ein saknar derfor tydelege signal i den nasjonale helseplanen på at departementet vil byggje ut ordninga med distriktsmedisinske sentra. Hallingdalskommunane har svært god erfaring med Hallingdal sjukestugu som DMS, men ser også at ein har store potensiale i å kunne byggje samarbeidet vidare ut. Vi trur det er heilt avgjerande å ”sette samhandling i system”

(kap. 9.4, siste linje tredje avsnitt, s. 46), men trur ikkje at samarbeidsavtaler og ambulerande team er tilstrekkeleg. Vi treng ei strukturendring som definerer dei distriktsmedisinske sentra sin plass i norsk helseteneste.

Vi tolkar setninga i kap.13.1, fyrste avsnitt, som eit positivt signal i retning av distriktsmedisinske sentra: "Proessen med å desentralisere lokalsykehusenes tjenester til distriktsmedisinske sentra eller sykestuer skal understøttes." Begrepet sykestue bør utgå, då assosiasjonane med dette begrepet er svært ulike. Dessutan er det vel så viktig å omforme dei store sjukehusa i retning av distriktsmedisinske sentra (jmf "cottage hospitals" i storbyen London). Ein viser her til setninga under siste avsnitt s. 63 (kap. 13.1): "Lokalsykehusfunksjonene bør i større grad fokuseres også ved de store sykehusene." Denne høyringsinstansen vil støtte dette synet.

Ferietida byrjar å bli eit mareritt for kommunehelsetenesta. Spesialisttenesta skal spare pengar ved å stenge avdelingar og poliklinikkar både innan somatikk og psykiatri. Resultatet er at belastninga vert skuva over på kommunane. Dette fell sjølvsgatt i tid saman med ferieavviklinga i kommunane og ein står svært ofte i situasjonar der dårlege pasientar som eigentleg er heimehøyrande på spesialisthelsetenestnivå, må ivareta kast av ufaglærte ferievikarar i kommunane. Spesialisthelsetenesta si ferieavvikling vert såleis ei stor utfordring for kommunehelsetenesta både i høve til kapasitet og kompetanse. I eit totalbilette er dette uforsvarleg helseteneste overfor ei rekkje pasientar.

Psykisk helse

Det er eit tankekors at dei negative erfaringane ein gjorde med HVPU-reformen, no ser ut til å gjenta seg med psykiatireformen. Dei sjukaste psykiatriske pasientane som tidlegare var i sentraliserte, trygge, felles bumiljø, er no spreidd rundt i enkeltleilegheiter der dei berre har profesjonelle helsearbeidarar som nettverk og der dei ofte er både til belastning og fare for nærmiljøet. Det er såleis ikkje slik at alle menneske har det best ved å integrerast, - ikkje når integrering betyr krav om å fungere som eit funksjonsfriskt menneske.

Kommunane opplever at opptrappingsplanen nå vert brukt som statleg alibi for at kommunane har fått styrkingsmidlar på ei rekkje ulike område. Det ser ut til at midla skal rekke både til ei kraftig styrking av førebygging for barn og unge, individuelle behandlingssopplegg for psykiatriske pasientar, ei satsing på tilpassa arbeidsliv, hjelp til å nytte kultur- og fritidstilbod for auka livskvalitet, døgntilbod for personar med særleg omfattande tenestetilbod, med meir. Det er grenser for kor mange gonger dei same pengane kan brukast.

Fleksible arbeids- og aktivitetstiltak

Behovet er stort for at det i kommunane vert bygd opp fleksible arbeids- og aktivitetstiltak. Dette bør vera eit diagnoseuavhengig tilbod som kan rette seg til ulike grupper, som ungdom som fell ut av skulen, menneske med psykiske vanskar, somatisk funksjonshemma, flyktingar, ulike kroniske lidningar, sosialklientar og rusklientar m.fl. Både NAV-reformen og nasjonal helseplan understrekar dette, men kommunane manglar midlar for å byggje dette opp. Det trengs eit nasjonalt løft på dette feltet, dette vil ha store gevinstar for helsetilstanden til ei rekkje ulike grupper.

Pleie- og omsorgstenester

Utviklinga i spesialisthelsetenesta med stadig kortare liggetid og med ei vridning til dagbehandling og poliklinisk tilbod (kap.11.3, kulepunkt 2 under Regulering av kapasitet), er

ei stor utfordring for den kommunale pleie- og omsorgstenesta. Dette gjeld både for kapasitet, kompetanse, organisering og økonomi:

- kapasitet Erfaringa frå distriktskommunane er at ein har mangel på arbeidskraft til helse- og sosial, dette gjeld både fagstillingar (nyutdanna vert verande i byane og større fagmiljø) og ufaglærte (distrikta har ikkje den "reserven" som byane har i arbeidskrafta frå grupper som har ein framand etnisk bakgrunn)
- kompetanse Kommunane i distrikta slit med å få tak i fagfolk (i Ål hadde ein nettopp 1 søker til 4 utlyste sjukepleiarstillingar på korttidsavdeling på sjukeheimen). Ein har vanskar med å greie å byggje opp stabile fagmiljø som har kompetanse til å ta dei utfordringar som spesialisthelsetenesta overlet til kommunane.
- organisering Enkelte kommunar har bygd opp korttidsavdelingar på sjukeheimane, men det ligg ingen klare føringar på dette frå staten si side, ingen retningslinjer for kva for pasientar kommunane er forventa å skulle ta seg av og ingen incitament for å byggje opp slike tenester.
- økonomi Det ligg heller ingen betalingsordningar som premierer kommunar som byggjer opp korttidsavdelingar på sjukeheimen, det vil lønne seg for kommunane å trenere dette og vera seine med å ta i mot pasientar frå spesialisthelsetenesta. Å skulle påverke dette med straffetiltak (betaling for utskrivningsklare pasientar) er dårleg pedagogikk og bidreg ikkje til konstruktive og framtidsretta løysingar.

Fødetilbod

Ein merkar seg at departementet legg vekt på dei lokale fødetilbod: "I tillegg bør det være fødestuer lokalisert utenfor sykehus der avstanden er stor til sykehus." (kap. 13.3). Denne høyringsinstansen vil støtte dette, men dette vil krevje at det vert sett større fokus på samarbeidet mellom sjukehusa sine fødeavdelingar og jordmødrer i kommunehelsetenesta. Dette gjeld både kvalitetssikringstiltak gjennom rutinar, prosedyrar, telemedisinsk hjelp, hyppige hospiteringar, og spesialisthelsetenesta sitt ansvar for jordmorfagleg kompetanse ved desse lokale fødestovene.

Akuttfunksjonar

Ein er samd i siste setning i kap. 13: "Det er behov framover for å samordne primærhelsetjenestens legevakt, den prehospitale beredskapen og akuttberedskapen ved lokalsykehusene og de øvrige sykehusene." Det kommunane i praksis opplever er at spesialisthelsetenesta reduserer ambulansedekninga til eit minimum, slik at det gjer både vaktlegar og befolkning utrygge.

Interkommunale legevakter er nødvendig for å få rekruttert allmennlegar til distrikta. Etableringa av desse er eit stort økonomisk løft for kommunane, medan Rikstrygdeverket sparar pengar. Staten må snarast koma inn med økonomiske støtteordningar for interkommunale legevakter. I Hallingdal er meirkostnaden på årleg drift for ein felles interkommunal nattlegevakt berekna til om lag kr. 700.000. Dette er ein meirkostnad som stenger for ei slik etablering.

Med helsing

Øystein Lappegard
Kommuneoverlege i
Hol og Ål kommune

(sign)
Rune Engehult
Helse- og sosialsjef
Hol kommune

(sign)
Karsten Dideriksen
Helse- og sosialsjef
Ål kommune