



HOLMESTRAND KOMMUNE
SEKTOR FOR HELSE OG OMSORG
HELSEAVDELINGEN
LANGGATEN 32
3080 HOLMESTRAND
TELEFON 3306 4300
TELEFAX 3305 1044

23 juni 2006

TIL

Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement,
Att. Vidar Oma Steine,
P.b. 8011 Dep,
0030 Oslo.

Høringsnotat - Nasjonal helseplan 2007-2010 – høringsuttalelse fra Holmestrand kommune.

Det vises til mottatt høringsnotat med følgebrev av den 22.05.06 med høringsfrist 23.06.06.

Departementet ønsker bl.a. svar konkrete spørsmål omkring status, utvalg av utfordringer, strategier og tiltak, samt prosesser videre.

Generelt er det nyttig for kommunene at sentral helsemyndighet lager en nasjonal plan som både beskriver status og forbereder tjenestene på fremtidens helsetjeneste. Det ville vært en fordel om status i større grad ble samordnet den nylig utgitte rapporten om det samme fra Sh.dir.

Det er i hovedsak del II (felles utfordringer) og del III (den kommunale helse- og sosialtjenesten) som angjelder helsetjenesten på vårt nivå.

Generelt savnes en beskrivelse av hvilke virkemidler som tenkes brukt for å nå de målene planen eskriver.

Del I – Rammer og spørsmål

I dette kapitlet omtales bl.a. sosiale ulikheter og helse, likeverdighet i tjenestetilbudet og tannhelsetjeneste.

Vi kjenner disse problemene godt fra daglig tjenesteyting, og ser følgende utfordringer/tiltak; Økning i egenandeler for helsetjenester og medikamenter slår svært usosialt ut. Det samme gjelder prisingen av en særdeles liberal tannhelsetjeneste.

Egenandelene for legehjelp økte med 100% fra 1998 til 2005. Refusjonsordningene for visse medikamentgrupper, inkludert enkelte nylige innstramminger, rammer sykdommer som KOLS og diabetes mellitus type II, begge sykdommer som vi vet at rammer demed lav sosioøkonomisk status hardest.

Prisene innen tannhelsetjenesten fratar deler av befolkningen mulighet for nødvendig behandling. Det er et akutt behov for prisregulering av disse tjenestene, regulering av etableringene, styrking av den offentlige tannhelsetjenesten og opprettelse av større grad av likeverdighet mellom offentlig og privat yrkesutøvelse som tannlege. I tillegg må det etableres ordninger som gjør det mulig for grupper av pasienter som kommer i en situasjon med krav på offentlig finansiert tannhelsetjeneste å benytte sin faste/tidligere tannlege selv om de kommer innunder slik ordning. Det vises for øvrig til vår høringsuttalelse til NOU 2005:11.

Del II – Felles utfordringer.

Utfordringene for folkehelsearbeidet og det forebyggende arbeidet er godt beskrevet. Vi savner imidlertid strategier for hvordan helsetjenesten kan komme inn på de arenaene i samfunnsplanleggingen hvor forutsetningene for en samfunnsutvikling som gir flere gode leveår for mange legges. Prosjekter som "Helse i plan" i Fylkeslegeetaten kan bidra til dette. Kommunenes samfunnsmedisinere må ha sin veldefinerte plass i dette arbeidet. Derfor må en konkret oppfølging av Nylenna-rapporten og rapport nr. 3 fra NR bygges inn. Partnerskapsmodellen for folkehelsearbeidet er en suksess og må bygges ut og finansieres langt tyngre for å unngå nok en erfaring med utbrente ildsjeler innen helsefremmende arbeid etter få år.

Kvalitetsarbeidet i helsetjenesten har trolig brakt tjenestene videre siden midten av 1990-tallet. I kommunene har imidlertid arbeidet vært preget av at det samtidig har vært en underfinansiering av tjenestene, slik at arbeidet for mange mer har blitt en belastning enn en arena for utvikling. Fokus har så langt i stor grad vært på formalia og tekniske/tellbare tjenester. Det er viktig at kvalitetsarbeidet i større grad fokuserer på det kliniske arbeidet i tjenestenes ytterste ledd.

Prioritering og sikring av rett til helsehjelp er andre sentrale tema for kvalitetsarbeidet i fremtiden.

Utfordringene innen samhandling er først og fremst på området IKT. Norsk helsenett må få et langt større innhold enn i dag, dette dreier seg både om sykehusenes sin implementering av EPJ og evne til å sende ut elektroniske epikriser og motta henvisninger tilsvarende. Videre må samspillet innad i kommunene mellom pleie- og omsorgstjenestene og fastlegene etableres. Det må en sterk nasjonal overbygning og styring til for å få dette på plass. Mangelen på slik kan eksemplifiseres ved et fravær av vilje til å gjøre SYSVAK-registreringen fullstendig ved at legevakte, sykehus og fastleger ikke er satt opp i systemet som registrerer vaksiner. Nasjonal helsemyndighet må således spille en langt større rolle i denne utviklingen både m.h.t. valg av strategi og finansiering. Effektiviteten må gjøres eksternt. Målene i S@mspill 2007 må gjennomføres.

Det psykiske helsevernet har fått et løft med OTP selv om økningen i bevilgninger til den somatiske helsetjenesten har vært større i samme periode.

Det er imidlertid fortsatt vanskelig for kommunene å ta hånd om de mest ressurskrevende brukerne, og således et behov for avklaring av ansvar mellom forvaltningsnivåene for disse gruppene pasienter. Hvis dette skal ligge i kommunene kreves en langt sterkere finansiering av og kompetanseoppbygging i den kommunale helsetjenesten.

Blant utfordringene må tilføyes; Redusere tvangsbruk bl.a. ved å kvalitetssikre rettsikkerheten ved tvangsinnleggelse, bl.a. ved at tutorinstituttet må settes i stand til å fungere etter intensjonene, 6 år etter endring av Lov om psykisk helsevern med tilhørende forskrift av 2001.

I tabellen over handlingsplaner og strategier under utarbeidelse savnes oppfølgingen av Nylenna-rapporten om samfunnsmedisin.

Del III – Den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Innledningsvis beskrives den nordiske velferdsmodellen som en godt utbygd helse- og sosialtjeneste som avlaster spesialisthelsetjenesten for omsorgsoppgaver og bidrar... Denne beskrivelsen er lite presis idet realiteten er at den lokale/primære helsetjenesten kompletterer spesialisthelsetjenesten og står for det aller meste av omsorgsoppgavene. 90% av alle kontakter i helsetjenesten skjer i primærhelsetjenesten.

Avsnittet om helsefremmende og forebyggende helsearbeid er særdeles godt formulert.

Det savnes imidlertid to tema;

1. Ambisjoner for ungdomsmedisinen som ikke har noen god forankring i Norge og hvor en opplever oppsplittede og til dels lite koordinerte tiltak. Egenandelene er et viktig hinder for en god helsetjeneste for denne gruppen.
2. Reisemedisin/-vaksinasjon, som en oppfølging av St. meld. 16 sin problematisering av det svake offentlige engasjementet (og tilsvarende privatisering/liberalisering) innen dette feltet.

Videre savnes konkrete forslag til hvordan den tilgang og det vedlikehold av samfunnsmedisin kommunene trenger skal komme på plass.

Beredskap er et tema i andre deler av planen, men savnes m.h.t. smittevern, miljørettet helsevern og tvungent psykisk helsevern.

De smidige løsningene av pleie- og omsorgstjenesten må også gjelde legetjenesten, idet det er et klart behov for at fastlegene i større grad samarbeider tverrfaglig ute i omsorgsboligene/bofellesskapene. Pasientene i disse er ofte like syke som dem i sykehjem, og har således behov for både like gode medisinske tjenester, hygiene og smittevern som i institusjon.

Tilsvarende beregningene av behovene for økning av legetjenester i sykehjem må tilsvarende gjøres for legetjenestene i helsestasjonene, skolehelsetjenesten, fengselshelsetjenesten og samfunnsmedisinen. Fastlegereformen har medført et berettiget løft for det kurative allmennmedisinske arbeidet. Det er imidlertid en klar mangel ved reformen at det offentlige allmennmedisinske og samfunnsmedisinske arbeidet ikke har fått det samme løftet. Det er ikke slik at 7,5 timersregelen er en minimumsbestemmelse slik det er beskrevet på s. 51. Det er siktig at en kan inngå avtale om større bistilling, men dette må baseres på frivillighet fra legens side. Så lenge offentlig legearbeid er den desiderte taper mot legearbeid i sykehus og fastlegearbeid, både m.h.t. økonomi og status blant legene, er det ikke realistisk å tro at større bistillinger enn 7,5 timer skal få noe stort omfang.

Vi støtter forslagene om utbygging av flere samhandlingsarenaer innen for eksempel geriatri og DMS. Dette må komme innen pediatri, palliativ medisin, onkologi, psykiatri o.a. De støttefunksjonene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten som her bygges ut må omfatte både omsorgstjenestene, helsestasjonene og fastlegene. Utbyggingen av de elektroniske "samhandlingsveien" beskrevet ovenfor er sentrale også her.

Vi deler erfaringene med at tilgjengeligheten til fastlegekontorene ofte kan være for dårlig. Vi opplever det som ansvarlige for helsetjenestene til innbyggerne svært frustrerende ikke å ha virkemidler til å sikre slik tilgjengelighet utover det å "snakke med" fastlegene, si opp avtalene og evt. møtes i voldgift. Kommunene må få muligheter til å ta i bruk for eksempel

økonomiske virkemidler knyttet til basistilskuddet overfor fastleger som ikke ivaretar inneplikter m.h.t. tilgjengelighet.

Vi støtter således i store trekk det status- og utfordringsbildet som er presentert i planen, med unntak av de presiseringene som er nevnt.

Vi ser planen svak i forhold til konkrete tiltak og strategier for å møte utfordringene.

Uttalelsen er gitt etter delegert myndighet i hht. § 1-4 i lov om helsetjenesten i kommunene.

Vennlig hilsen



Ole Johan Bakke
Kommunelege I

Kopi;
Helse-, sosial- og omsorgsjefen, her.
Fylkeslegen i Vestfold.