

Nasjonal helseplan 2007 – 2010, høring

Innledning.

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet et høringsnotat om Nasjonal Helseplan, med høringsfrist 23 juni d.å. Notatet omfatter i prinsippet all norsk helsetjeneste, status, sentrale utfordringer, strategier og tiltak.

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

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

Nes kommune i Akershus har følgende merknader til høringsnotatet.

Nasjonal Helseplan er et viktig dokument for helse tjenesten 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 Nes kommune er høringsuttalelsen utarbeidet på administrativt nivå. De fire punktene a – d over kommenteres fortløpende knyttet til ulike hovedteamer:

1) Forebygging/folkehelse

- a) I statusbeskrivelse bør man gå nærmere inn på 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.
- b) 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.
- c) 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 opptrappingplan 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 reduserer miljøtruslene.*

2) Kvalitetssikringsarbeid

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

3) Samhandling

- a) Her er det store og viktige behov som er påpekt, men tiltakene er noe diffust beskrevet. Potensialet for helsemessige og økonomiske gevinster kan med fordel trekkes mer fram.
En mer aktiv/pågående utskrivningspraksis gjennom de senere år har gitt kommunene

større ressurs- og kompetansemessige utfordringer. Disse er ikke økonomisk kompensert. Konsekvensen av denne utviklingen bør analyseres i lys av målsettingen om å oppnå en bedre "maktbalanse" mellom nivåene.

- c) Konkrete kontaktskapende tiltak som praksiskonsulentordninger og ambulante team etc. trolig mer effektivt enn formaliserte avtaler. Det er viktig å søke å bygge ned barrierer mellom forvaltningsnivåene, og spesialisthelsetjenesten bør større grad være mobile i et tett og konkret samarbeid med primærhelsetjenesten.

4) Psykisk helse

- a) I opptrappingsplanen for psykisk helse har det i liten grad vært gitt entydige og felles signaler til kommunehelsetjenesten vs. helseforetakene. Dette har til dels gitt rom for at kommunene og spesialisthelsetjenesten kunne bli spilt ut mot hverandre, og ofte slik at spesialistnivået med sine faglige og administrative tyngde har gitt de fleste premissene i samarbeidet. Et viktig resultat av dette har vært bl.a. nedbyggingen av psykiatritilbudet på spesialistnivå før kommunene har maktet å bygge opp tilsvarende tjenester.

En spesiell gruppe som knapt er nevnt i rapporten er personer med rusproblemer eller har "dobbeltdiagnose" rus/psykiatri. Rapporten peker så vidt på kommunenes utfordringer når det gjelder å samordne tilbudene til denne gruppen. Dette må gjelde i minst like stor grad spesialisthelsetjenesten, der vi mener det er en betydelig underdimensjonering og mange på samordning mellom rus- og psykiatrifeltet.

- b) Ja, 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 (se pkt. over) en stor utfordring å finne arenaer for likeverdig 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 et døgntjeneste. Samarbeid med fastlegene bør styrkes og forplikte alle parter. Opptrappingsplanen for psykisk helse har i liten grad beskrevet utfordringer knyttet til brukere som behov for døgnbasert, omfattende og langvarig tjenestetilbud i kommuner. Det er viktig at oppmerksomheten rettes mer mot denne brukergruppen. Det dreier seg om et lite antall personer, men med store ressursmessige krav, der mange kommuner har problemer med å prioritere innenfor trange økonomiske rammer.

5) IKT

- c) En rekke muligheter for utnyttelsen av IKT er beskrevet, men utviklingen har gått langsomt og er fortsatt forvirrende hva angår rollefordeling og framdrift. Samfunnsmedisinsk deltakelse 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.

6) Forskning.

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

7) Beredskap

- c) Helseberedskap omfatter bl.a. kommunikasjonsberedskap, smittevernberedskap (for

eksempel legionella, pandemi, matbårne infeksjoner med mer), atomulykker, krisepsykiatrisk bistand, personell m.m. Mye av denne beredskapen krever samfunnsmedisinsk kompetanse. Det bør presiseres hvilken døgnkontinuerlig beredskap som forventes av kommunehelsetjenesten/ kommunelegen og finansieringen av denne.

8) Legedekning

- 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 å ta inn over seg hvilke kostnader dette medfører.*

9) Spesialisthelsetjenesten

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.

Det sies 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. *Denne effekten oppnås bare dersom disse sengeplassene blir videreført.*

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, for eksempel 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.

10) Lokalsykehus

- b) Prioritering av lokalsykehusene støttes særlig av hensyn til kronikergruppene og eldre.

Oppsummering og generelt inntrykk:

Rapporten 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 vil reelt makte oppgavene!

juni 2006