



Innherred samkommune

Administrasjonssjefen

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.
0030 Oslo

Deres ref.

Vår ref.: RUHO 2006/3635

Dato: 28.06.06

Høringsuttalelse til utkast til Nasjonal helseplan (2007 – 2010)

Generelt

Intensjon i denne planen er i større grad enn tidligere nasjonale helseplaner å se helhet og sammenheng i helsetjenestene. Planutkastet har kommet et stykke på vei for å oppfylle denne intensjonen, men vi vil peke på noen momenter:

- Likeverdigheten mellom stat og kommuner når det gjelder helsetilbudene kommer ikke i tilstrekkelig grad fram.
- Kommunale tilbud som har betydning for helheten, er ikke begrenset til helse- og pleie- og omsorgstjenester. For mange brukergrupper er bl.a. sosialtjenesten og barneverntjenesten like viktige samhandlingspartnere. Dette bør komme bedre fram.
- Spesialisthelsetjenestens prioriteringer får stor betydning for det kommunale tjenestetilbudet uten at kommunene har tilstrekkelig mulighet til påvirkning. Dette gjelder bl.a. ansvaret for syke eldre, unge med store pleie- og omsorgsbehov (eksempelvis trafikkskadde), kronikere, mennesker med rusproblemer og mennesker med psykiske lidelser.
- Ressursfordelingen mellom helseforetakene og kommunene reflekterer ikke i tilstrekkelig grad framtidig oppgavefordeling mellom nivåene og endringer må fanges opp bedre i inntektssystemet. Helseforetakene tildeles i dag det alt vesentlige av nye helsekroner.

Nedenfor knyttes noen kommentarer til enkelte av kapitlene i høringsnotatet.

3. Strategi for kvalitet og og prioritering

Planutkastet har lagt vekt på utvikling av kvalitet på helsetjenester i planperioden. Dette er gledelig. Det er imidlertid viktig at kvalitetsvurderinger ikke bare konsentrerer seg om gjennomføring av rene helsetjenester, men har et helhetsperspektiv som også omfatter funksjonsnivå og opplevd kvalitet. Brukere både av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten må derfor i større grad delta i kvalitetsvurderingene.

4.Strategi for samhandling

Vi viser til vår uttalelse til Wisløff-utvalgets innstilling.

Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er etter vår mening en av de største utfordringene norsk helsevesen står overfor, og som uten tilstrekkelige grep både vil være kostnadsdrivende og kan gi utilstrekkelig pasientbehandling. Det er ikke tilstrekkelig med gode forsetter om samhandling. Dette må understøttes med:

- En likelydende ideologisk forankring i både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Likeverdighet i "maktforholdet" mellom partene.
- Retningslinjer, avtaler, prosedyrer og felles arenaer.
- Et helsenett som (IKT) som sikrer tilstrekkelig kommunikasjon og i noen tilfelle også behandling ut fra brukernes behov.
- Økonomiske virkemidler som er rettet mot samhandling (jf. Wisløff-utvalgets forslag)

Etter vår oppfatning er høringsutkastet til Nasjonal helseplan enten utilstrekkelig, eller unnlater helt å ta stilling til slike forutsetningene. Det synes å være overlatt til oppfølgingsprosessene til Wisløff-utvalget å finne løsninger. Det betyr at viktige beslutninger om samhandling ikke synes å være gjenstand for drøfting i denne helseplanen, men kan allikevel få avgjørende betydning for framtidig samhandling, uten at kommunene i tilstrekkelig grad blir hørt.

Vi vil spesielt rette søkelyset på de økonomiske oppgjørsordningene mellom helseforetakene og kommunene. Dette er overhodet ikke vurdert i høringsnotatet, men er etter vår oppfatning avgjørende for å kunne oppnå god samhandling.

I forkant av siste revidering av betalingsforskriften for utskrivningsklare pasienter, gjennomførte SNF og FAFO på oppdrag fra det daværende sosial- og helsedepartementet et forskningsarbeid (SNF-rapport 57/01. Mellom to senger?) om eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Viktige konklusjoner i dette forskningsarbeidet viser at samhandlingen er best og overføring fra sykehus til kommune skjer raskest når betalingsforskriften eller andre betalingsavtaler ikke er benyttet.

I Nord-Trøndelag har det i mange år vært praktisert en likelydende basisavtale mellom det lokale helseforetaket og hver kommune i fylket uten økonomiske bindinger vedrørende overføringsklare (utskrivningsklare) pasienter. Vår erfaring er at denne basisavtalen har bidratt sterkt til at det er et godt samarbeidsklima mellom sykehusene og kommunene, hovedsaklig fordi overføring av behandlingsansvaret utelukkende tas på faglig og ikke økonomisk grunnlag. Basisavtalen er nå under revisjon, men verken Helse Nord-Trøndelag eller kommunene i fylket ønsker å foreta endringer på dette prinsippet.

På grunnlaget av det forskningsarbeidet som er gjort, og erfaringene i Nord-Trøndelag, foreslår vi konkret at betalingsforskriften oppheves.

7. Forskning for bedre helse

I punkt 7.2 er det pekt på at det utføres svært lite forskning på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. I tillegg er det viktig at å nevne mangelen på forskning når det gjelder samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I praksis initieres og styres mye av forskningsvirksomheten gjennom helseforetakene og hvor fokuset sjelden er rettet mot kommunehelsetjenesten eller har et samhandlingsperspektiv. Dette får i neste

omgang konsekvenser for formidling av helhetlig helsekunnskap, både i grunn- og videreutdanningene og i praktisk yrkesutøvelse. Dette er et felt som krever langt sterkere helsepolitisk styring enn tilfellet har vært hittil.

Punkt 7.3 nevner områder hvor det er behov for å styrke forskning og kompetanse. I tillegg bør innvandreres og flyktningers helse vurderes tatt med her.

8. Tverrfaglige satsninger, handlingsplaner og strategier

Utkastet peker på at nasjonale strategier og planer ofte er begrenset til ett tema eller en sykdomsgruppe og viser til behovet for at bredde og målgruppe er tydelig definert. Vi har etter hvert fått ulike handlingsplaner og strategiske opplegg uten at det alltid er åpenbart hvorfor disse områdene er valgt på bekostning av andre. Sammenhengen mellom planene og helheten i helsetilbudet er ikke alltid ivaretatt. Vi er derfor enig i forslaget om at Sosial- og helsedirektoratet her får en klarere utøvende rolle i tillegg til de helsepolitiske prioriteringer departementet utøver.

9. Den kommunale helse- og sosialtjeneste

Stadig flere av helsetjenestene utøves av kommunene, så nær brukeren som mulig. Dette er på de aller fleste områdene en riktig utvikling. Bedre kompetanse og medisinsktekniske nyvinninger har gjort dette mulig. Det er også i kommunene at samhandlingen med andre fagområder må foregå. Størrelsen på økonomiske overføringer mellom helseforetakene og kommunene, gjenspeiler imidlertid ikke denne virkeligheten i tilstrekkelig grad.

Dette kapitlet omhandler også legetjenesten i kommunene. Det er foretatt en nasjonal evaluering av fastlegeordningen så langt, og den viser på mange måter positive resultater. Vi vil allikevel peke på noen sider av denne ordningen som det etter vår oppfatning må tas bedre tak i enn det som gjøres i planutkastet.

- Samhandlingen med andre aktører i kommunene som har betydning for brukernes funksjonsnivå og opplevd livskvalitet, er ikke tilfredsstillende.
- Samfunnsmedisin er et "utdøende fag", men helsemessig en av de største utfordringene vi har for å bedre folks helse. Det er større økonomisk gevinst for en lege å være fastlege enn å være kommunelege. Utdanningen av samfunnsmedisinere og dermed også kompetansen, er ikke lenger et prioritert område.
- Kommunenes mulighet for "styring" av legetjenesten er langt mer begrenset enn utkastet gir inntrykk av. Ved overgangen til fastlegeordningen var det i store deler av landet liten reell mulighet for kommunene til å pålegge fastlegene samfunnsmedisinske oppgaver i fastlegeavtalene. Det er heller ikke enkelt å endre avtalene mot fastlegenes ønske.

Det har i mange år vært arbeidet med å få det økonomiske grunnlaget for interkommunale legevaktordninger på plass. Det synes å være stor enighet om at interkommunal legevakt i mange tilfelle er den beste faglige løsningen, men de økonomiske vilkårene for kommunene har vært et vesentlig hinder. Dette bør avklares gjennom den nasjonale helseplanen.

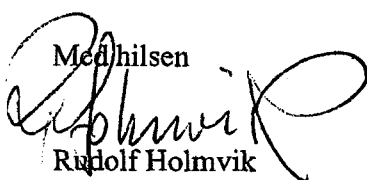
14. Utdanning av helsepersonell

Det vises til det som ovenfor er sagt om behovet for utdanning i samfunnsmedisin.

Både i grunn- og videreutdanningene er det et stort behov for praksisplasser og deltagelse i utredninger og forsøk. Det er viktig at kommunene både kompetansemessig og økonomisk gjøres i stand til å påta seg slike oppgaver.

Når det gjelder spesialistutdanningene er det viktig at dette fullt ut er underlagt statlig styring og at legeföreningen heller ikke i tida framover får noen vesentlig rolle i denne sammenheng. Ellers synes dette kapitlet å konsentrere seg om helseforetakenes behov for spesialister, mens spesialistbehovet i kommunene får mindre oppmerksomhet.

Medhilsen



Rudolf Holmvik

administrasjonssjef