

Nasjonal helseplan (2007-2010) høringsnotat

Utvalgssaksn	Utvalg	Møtedato
081/06	Kommunestyret	22.06.06

Rådmannens innstilling:

Kommunen sluttar seg til denne uttalen. Kommunen vil særleg peika på behovet for å oppretthalda fullverdig akuttfunksjon inkludert fødetilbod på lokalsjukehusa. Det betyr at det som minimum må vera vaktkompetanse innan indremedisin, generell kirurgi, anestesi og jordmor i vaktberedskap. I tillegg må det vera tilgang på klinisk-kjemisk og radiologiske støttefunksjonar

Behandling i Kommunestyret - 22.06.2006:

Steinar A. Miland, SV, ønsket flg. protokolltilførsel:

Protokolltilførsel:

”Viser til saksfremstillingen, men vil likevel komme med noen presiseringer og tillegg som ønskes tatt md i den videre prosessen.

Organisering

Spesialisthelsetjenesten tilbakeføres til regionalt folkevalgt nivå, herunder psykiatri, barnevern og rusomsorg.

Tannhelsetjenesten bør fortsatt være et ansvar for fylkeskommunen, slik det er i dag.

I tillegg bør man i tråd med Soria Moria erklæringen starte arbeidet med en ny offentlig tannhelsereform.

Økonomi

Helseforetakenes akkumulerte underskudd økte fra 4.7 milliarder kroner i 2004 til 6.1 milliarder kroner i 2005.

Statens krav til balanse kan føre til nedbygging av tjenestetilbudet i den enkelte region, slik vi nylig har sett uttalelser om fra styret for helse Blefjell Sykehus.

Det er helt nødvendig at det blir gitt forutsigbare økonomiske rammevilkår som er realistiske, for å unngå utrygghet om helsetilbudet.

Finansieringa må legges opp slik at lokalsykehusene får betalt for de pasienter de har, og som tar hensyn til pasientprofilen som for en stor del utgjøres av eldre pasienter med kroniske og sammensatte helseproblem.

Lokalsykehus

Vi støtter det som framgår av Nasjonal Helseplan om at lokalsykehusene skal ha sin rettmessige plass i behandlingsskjeden, og **ikke** vil bli nedlagt.

Lokalsykehusene har en verdi som trygghetsbase for befolkningen, og har en nærhet til pasientene og primærhelsetjenesten som er svært viktig. Dessuten er det nødvendig å få fram at de fleste som legges inn på sykehus kan få sin behandling på lokalsykehusnivå. En forutsetning for å kunne opprettholde lokalsykehusene er at man har fullverdig akuttfunksjon. Det betyr at det som minimum må være vaktkompetanse innen indre medisin, generell kirurgi og anestesi. I tillegg må det være tilgang på klinisk-kjemisk og radiologiske støttefunksjoner.

Personellutfordringene vil bli økende, og utdanningen må tilpasses behovene. Derfor bør det utdannes bl.a. flere generelle kirurger og geriatere.

For øvrig vil en understreke at man ikke må operere med rigide grenser for antall fødsler ved lokalsykehus, så lenge man har god kvalitet i svangerskaps- og fødselsomsorgen lokalt.

Plan for eldre

Det må utarbeides en handlingsplan for styrking av tilbudet for eldre i sykehus og der geriatri blir styrket som fagområde på bred basis. I dag finnes det ingen strategi for å håndtere eldrebølgen som vil øke i planperioden. Det vil på denne sektoren være en betydelig utfordring å finne lærlingeplasser for det nye helsearbeiderfaget som nå kommer i videregående skole. For kommune vil dette være en stor utfordring.

Psykiatri

Undersøkelser har vist at veksten i somatikken har gått på bekostning av psykiatrien, noe som er uakseptabelt. Det kan heller ikke godtas at ventelistene er så lange som de er i dag innen barne- og ungdomspsykiatrien – 87 dager per tredje tertial 2005.

Det trengs et fokus på hvordan organiseringen av psykiatrien kan bli mer effektiv i en total sammenheng, og om skillet mellom voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri er riktig å opprettholde?

Hjelpeapparatet bør også ha fokus på nye problemstillinger som for eksempel spilleavhengighet, der mye kan gjøres på det forebyggende plan når det gjelder å fjerne spilleautomater.”

Unni Heimark AP, fremmet flg. forslag nytt pkt. i innstillingen:

”AMK – sentralen bør organiseres slik at det er samsvar mellom AMK-områdene og lokalsykehusene.”

Steinar A. Miland tok opp problemet med spilleavhengighet:

Unni Heimark fremmet flg. forslag:

”Anbefales tatt opp i møte med gruppelederne.
Ansvarlig for innkalling Steinar A. Miland.

Forslag legges frem i møte 21.09.06.”

Rådmannens innstilling sammen med Heimarks 2 forslag ble enst. vedtatt.

Spilleavhengighet:

Anbefales tatt opp i møte med gruppelederne.
Ansvarlig for innkalling Steinar A. Miland.

Forslag legges frem i møte 21.09.06.

Vedtak i Kommunestyret - 22.06.2006:

Kommunen sluttar seg til denne uttalen. Kommunen vil særleg peika på behovet for å oppretthalda fullverdig akuttfunksjon inkludert fødetilbod på lokalsjukehusa. Det betyr at det som minimum må vera vaktkompetanse innan indremedisin, generell kirurgi, anestesi og jordmor i vaktberedskap. I tillegg må det vera tilgang på klinisk-kjemisk og radiologiske støttedokumentasjonar.

AMK – sentralen bør organiseres slik at det er samsvar mellom AMK-områdene og lokalsykehusene.

Dokumenter i saken

- | | | |
|---|--|--|
| I | Nasjonal helseplan (2007-2010)
høringsnotat | Det kongelige helse og sosialdepartementet |
| S | Nasjonal helseplan (2007-2010)
høringsnotat | |

Høyring.

Helse og omsorgsdepartementet har sendt ut nasjonal helseplan til høyring. Svarfristen er sett til 23. juni 2006.

Notatet tek opp eit breitt spekter av oppgåver og utvikling innan helse. Det gjeld både primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta.

Det har vore ei rivande medisinsk utvikling, særleg dei siste 50 åra. Det har medført at behandlingstilboda og forventningane har stege i takt med nyvinningane. Vi har fått eit helsevesen som har vorte stadig meir spesialisert. Grunnlaget for denne utviklinga byggjer på den reduksjonistiske modellen der komplekse problem kan løysast ved å dela dei opp i stadig mindre einingar.

Medisinen har vorte delt inn i stadig "smalare" spesialistar helsevesenet vorte meir fragmentert med oppbygging av meir høgspesialiserte (subbspesialistar). I forlenginga av det har einingar.

Men menneske er ikkje fragmentert men ein heilskap. Det betyr at helsevesenet må ta minst like mykje omsyn til heilskapen som detaljane. Det betyr også at folk si helse vert meir lagt vekt på enn kva sjukdommar dei har (å gje liv til åra og ikkje år til livet). Det gjeld i særleg grad dei kroniske sjukdommane som pasientane skal leva med og helst leva godt med. Det er desse pasientene som utfordra helsevesenet - og det er desse som er høgt prioritert. Det gjeld sjukdommar som kreft, hjarte- karsjukdommar, overvekt, sukkersjuka, belastningssjukdommar og psykiske sjukdommar. Vi vert fleire gamle som ofte har samansett og kompliserte sjukdommar som i aukande grad vert komplisert med demensutvikling. Det betyr at helsevesenet må møta pasientane med ei breid og heilskapleg tilnærming.

Fastlegen.

Fastlegereforma har vist seg å vera eit vellukka tiltak. Fastlegen har fått ei sentral rolle i å hjelpe pasienten til å få dei rette tilboda.

Fastlegen er kontinuiteten og er den som klarar koordinera og ha oversikt over heilskapen. Det er ei rolle som er viktig for pasienten at vert styrka og vidare utvikla. Det er i dag mange som tilbyr helsetenester og det er

vanskeleg for pasientane å orientera seg i det mangslunge landskapet. Ei fragmentering av primærhelsetenesta der ulike aktørar får ulike rollar som går utanom fastlegen vil etterkvart kunna svekka pasienten sin stilling.

Det kan vera slikt som å autorisera ulike alternative behandlingsmetodar og det gjeld også retten til å sjukemelda og henvisa til spesialhelsetenesta.

Uførepensjonistar.

Uførepensjonistar er ikkje særskilt omtala i denne helsemeldinga. Nå er uførepensjonering mykje meir enn eit reint helsespørsmål, men uhelse er ein viktig del av det. Mange vert utsett for helsebelastningar i arbeidet.

Fastlegen og helsevesenet elles brukar mykje tid og krefter på dei som er sjukemeldt og som eventuelt vert uføretrygda. Det har vore ei urovekkande auke på 30 % frå 1993 til 2003 i talet på uførepensjonistar. Etter den tid har det kome til ytterlagar 20 000 uføre og i 2005 var det i alt 319 700 uførepensjonistar.

Det er som sagt mange grunnar til at folk vert støytt ut av arbeidslivet.

Det er ein stor belastning å gå gjennom denne prosessen og som gruppe er dei ei risikogruppe med tanke på vidare helsemessige problem. Det kan difor vera grunn til å ta dei uførepensjonerte særskilt opp i helsemeldinga både for å diskutera dei helsemessige årsakene til denne prosessen og ikkje minst for å sjå korleis helsetilstanden utviklar seg og kva tiltak som kan setjast inn.

Spesialisthelsetenesta.

Utviklinga innan helsevesenet gjorde det naudsynt med ein helsereform. 1.

Januar 2002 vart det vedteke at sjukehusa skulle førast over frå fylkeskommunen til staten. Det vart etablert fem regionale helseforetak (RHF) og sjukehusa vart organisert under desse som helseforetak (HF). Denne måten å organisera sjukehusvesenet på legg føringar for sentralisering. Det er både sterke faglege interesser og økonomiske grunngevingar som vert nytta for sentralisering. Den sterke graden av spesialisering gjer at sjukehusa må ha større nedslagsfelt for å få nok pasientgrunnlag. Økonomane tek med seg sine modellar frå det private næringsliv og snakkar om stordriftsfordelar. Ein høyrer mindre om kostnadane ved stordrift.

Helsevesenet må byggjast i samsvar med folkesetnad og geografi. Målet må vera å gje folk eit likeverdig helsetilbod uavhengig kor dei bur. Skal ein få det til må det leggjast klare politiske føringar for å oppretthalda eit delsentralisert sjukehusstilbod basert på lokalsjukehusmodellen.

Men det er ikkje nok med politiske føringar, det må også fylgjast opp med nødvendige økonomiske ressursar.

Elles kan lokalsjukehusa lett verta ein salderingspost.

Tidlegare var sjukehusstenesta bygd opp etter funksjonsnivå: lokalsjukehus, sentralsjukehus og regionsjukehus i tillegg til nokre spesialsjukehus. Frå pasient og fastlege kan det i dag virka meir uoversiktleg enn tidlegare.

Fritt sjukehusval er bra, men det fungerer ikkje like godt for alle grupper. Erfaringar viser at innan psykiatrien kan det vera vanskeleg å få aksept for det. Elles synes det vera dei meir ressurssterke som nyttar seg av det.

St.meld. Nr 9 (1974-75) om det regionaliserte helsevesen definerte helsetenesta i primærhelseteneste - lokalsjukehus - sentralsjukehus og regionalsjukehus.

Dei faglege begrepa er i liten grad oppdatert i samsvar med den medisinske og samfunnsmessige utvikling. Nå har lokalsjukehusfunksjonen komen på dagsorden. På same måte er det behov for å gjennomgå resten av spesialisthelsetenesta for å sjå dei ulike funksjonane og nivåa under eitt.

Lokalsjukehus.

På same måte som fastlegen er grunnpilaren i primærhelsetenesta, er lokalsjukehusa/lokalsjukehusfunksjonen det i spesialisthelsetenesta.

70% av pasientane kan behandlast på lokalsjukehusnivå.

I Soria Moria-erklæringa heiter det at ingen lokalsjukehus skal legjast ned.

Det er difor viktig å definera lokalsjukehusfunksjonen og meir spesifikt kva er minste standard ein kan ha for å kunna fungera som eit lokalsjukehus.

Skal lokalsjukehusa kunna fungera , må sjukehuset ha ein akuttfunksjon.

Lokalsjukehus med akuttfunksjon må som eit minimum ha vaktkompetanse innan indremedisin, generell kirurgi og anestesi. I tillegg må det vera tilgang på klinisk-kjemisk og radiologiske støttefunksjonar. Dette er heilt i tråd med legeföreningen sitt syn (sjå «Legeföreningen sitt syn på Lokalsjukehusenes fremtidige rolle» 2006).

Utan denne fullverdige akuttfunksjonen vil

lokalsjukehuset svekkast og gje eit dårlegare tilbod. Akuttfunksjon berre innanfor indremedisin som har vore føreslått, vil ikkje kunna fungera.

Dersom ein skal få til ei effektiv og rasjonell helseteneste, må

lokalsjukehusfunksjonen styrkast i alle sjukehus og aller helst bør lokalsjukehusfunksjonen skiljast ut i egne sjølvstendige einingar. Det betyr at dei aller fleste som treng øyeblikkeleg hjelpinnleggelse kjem først på eit lokalsjukehus - kall det gjerne eit bydelsjukehus i dei store byane.

Dei som treng meir spesialisert behandling vert sendt vidare til spesialsjukehus. Det er viktig å differensiera tilboda slik at pasientane ikkje kjem direkte inn på eit høgare nivå enn nødvendig. Det er den rollen fastlegen har :

gje behandlig til dei fleste og vidare vera portvakt og losa pasientane dit dei skal . På same måte vil lokalsjukehusa behandla dei fleste pasientane sjølv (70%) og kan henvisa dei andre vidare opp i systemet. Det vil sikra ei god og effektiv behandling samstundes som dei meir spesialiserte sjukehusa får stella med dei få og vanskelege tilfella.

Det vil medføra ei desentralisering av lokalsjukehusa og ei sentralisering av spesialsjukehusa.

- Fritt sjukehusval kan ikkje bety at alle skal velja frå øverste hylle, for det vil snart sprengja kapasiteten. For å få til ei rasjonell helseteneste er det viktig å halda fast på LEON-prinsippet (lægste effektive omsorgsnivå) og i den kjeda vil lokalsjukehusa spela ei viktig rolle. Det vi ser i dag er tendens til ei generell sentralisering og eit stadig større press på lokalsjukehusa og ei utarmig og til sist død av lokalsjukehusa.

Lokalsjukehusa må byggja på breiddekompetanse som betyr evnen til heilskapleg vurdering. Spesialsjukehusa må ha spisskompetanse som betyr at dei kan ta seg av det spesielle. Til dette krevst ulik utdanning og kompetanse. Legespesialistane ved lokalsjukehus må ha generell kompetanse med generelle kirurgar og generelle indremedisinarar.

Eit desentralisert fødetilbod

Statens helsetilsyns utredningsserie 1/97 har definert "Faglige krav til fødeinstitusjoner" og tilrår fylgjande indeling:

- **«Kvinneklirikker**
 - minst 1500 fødsler pr. år
 - tilstedevakt av fødsels- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege
 - nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannig
 - barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte
- **Fødeavdelinger**
 - minst 400 – 500 fødsler pr. år
 - vaktberedskap av fødsels- og anestesilege
 - kun unntaksvis og som en overgangsordning kan kirurger delta i vaktberedskap
 - nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannig
 - barnelege tilknyttet fødeavdelingen.
- **Fødestuer**
 - minst 40 fødsler pr. år
 - vaktberedskap av jordmødre
 - avklarte medisinske ansvarsforhold»

Det er stor fagleg og politisk semje om denne organisasjonsmodellen. Fødestuene representerar eit godt tilbod og gir kvinnene eit fagleg forsvarleg tilbod i distrikta. Det er viktig å sikra drifta av fødestovene i samsvar med dei faglege retningslinene.

Då vert rådmannen sitt forslag til vedtak:

Finansiering.

Skal lokalsjukehusa overleva, må finansieringa leggjast opp slik at dei får betalt for pasientane sine. Det er mange eldre pasientar med kroniske og helsemessige problem. Dette er pasientar som er høgt prioritert, samansatte

men skal ein lukkast gje desse eit tilfredsstillande behandling, må finansieringa ta omsyn til det.

Dei private tilbydare vil ikkje gje dess eit tilbod. Dei private tilbydarane tek seg av enkle tilstandar som er greie og ukompliserte å behandla for det er her det er pengar å tena.

Samhandling.

Pasienten er ein heilskap som kjem til eit hjelpeapparat som er fragmentert og spesialisert. Det gjeld både i kommunen og i spesialisthelsetenesta.

Pasienten kan lett gå seg bort i jungelen av hjelpetenester. Det kan gje dårleg tilbod og suboptimal utnytting av ressursane. Difor er det så viktig at ein får til ein god pasientflyt gjennom systemet. Samhandling må byggja på gjensidig respekt og forståing.

For å få det til må ein ha møteplassar mellom aktørane basert på forpliktande avtaler heile tida med pasienten i sentrum.

Individuell plan er ein pasientrettigheit heimla i fleire lover

Ansvar for å utarbeida er lagt på ulike nivå og instansar. Det kan medføra at ingen føler eit særskilt ansvar for å få til individuell plan. For å få det nærmast pasienten, vil det vera best for pasienten om kommunen fekk eit særleg ansvar for å utvikla individuell plan, men då naturlegvis i samarbeid med spesialisthelsetenesta.