

Helse- og omsorgsdepartementet
Prosjekt Nasjonal helseplan
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Bærum 21 juni 2006

Nasjonal helseplan (2007-2010)

Venner av Bærum Sykehus (VBS) er en aktiv og engasjert venneforening med 5000 medlemmer fra Asker og Bærum. Vi har i ulike sammenhenger markert oss gjennom aksjoner (sist i forbindelse med rehabilitering ved institusjonene Godthaab og Sjømennenes helseheim i Bærum) og tiltak med sikte på å bidra til beste for pasienter og pårørende, og til videreutdanning av personell ved Bærum sykehus.

Selv om vi ikke hører med blant de inviterte til å avgi uttalelse om Nasjonal helseplan, brenner vi på vegne av pasientene for å gi noen signaler om det vi mener er spesielt viktig å fokusere på og prioritere i Nasjonal helseplan. Vi har tatt utgangspunkt i høringsnotatet samt de utredninger som omfatter evaluering av helsereformen.

Samhandling

Samhandling uttrykkes spesielt som helsetjenestens største fremtidige utfordring i både Muusman-rapporten og Wisløff-rapporten. Det var derfor gledelig å registrere at så vel høringsnotatet som den korte redegjørelse som ble fremlagt på høringskonferansen, bekrefter dette. Det kan derfor ikke være tvil om at området må få en **forpliktende** plass i Nasjonal helseplan.

Vi ser at det kan være vanskelig å sette opp klare og entydige sentrale rammer og forskrifter for organisering av "gråsonen" mellom kommune-Norge og helseforetakene. Vi tror derfor det er viktig slik Wisløff-rapporten anbefaler, *å initiere samhandlingsprosjekter i ulike lokale forhold og med ulike krav til spesialisering og kompetanse*. Det vil kunne gi erfaring og dokumentasjon som grunnlag for nødvendig utredning om mer forpliktende og ansvarliggjort samhandling, evt. en ny reform. For å få til slike pilotprosjekter mener vi det vil være nødvendig med incentiver, for eksempel i form av delfinansiering fra sentralt hold. Wisløff-rapporten anbefaler dette med et forslag på 1 mrd. friske kroner, hvilket vi går ut fra er et godt stipulert og fundert beløp, som vi støtter.

Pasientperspektivet

Psykiatri er den eneste fag-gruppen som er spesielt omtalt i høringsnotatet. Det skyldes vel at opptrappingsplanen går ut midt i planperioden for Nasjonal helseplan. Ulike pasientorganisasjoner vil sikkert fremlegge uttalelser for sine behov og prioriteringer. Vi ønsker imidlertid å trekke fram den største pasientgruppen i både primær- og spesialhelsetjenesten, nemlig de eldre. Tilgjengelige data, herunder fremskrivningsdata for denne gruppen forutsettes kjent, og også at helsetjenestene for denne gruppen både er sammensatt, krevende og økende. I tillegg hører mange av de eldre ikke med blant dem som skriker høyest. Pasientgruppen er den som har flest multisyke og langtidssyke med

konsekvenser for alle ledd i helsetjenesten. Også pårørende har betydelige krav på helsetjenestens oppmerksomhet og tilgjengelig informasjon.

Av høringsnotatet (pkt.9.4) fremgår det at det allerede er tatt skritt til å utarbeide en handlingsplan for eldre i spesialisthelsetjenesten med prioriterte mål for perioden 2007-2015. Det er ikke vanskelig å være enig i de mål som settes der. Likevel mangler pårørende-aspektet. Videre vil vi trekke fram enkelte tiltak som må prioriteres i helsetjenesten for de eldre (selvfølgelig også andre pasienter med multidiagnoser, kronisk syke og med langvarige tjenestebehov):

- ❖ **Individuell plan** - en lovfestet rettighet-, synes å være et utmerket tiltak i denne sammenheng. Så vidt vi har brakt i erfaring er imidlertid tiltaket lite brukt og også lite kjent så vel blant folk flest som hos helsepersonell. For at "individuell plan" skal fungere, må det gjøres helt klart *hvor ansvaret for utarbeidelse og oppfølging skal ligge*. Slik vi ser det, *må kommunehelsetjenesten være ansvarlig* for arbeidet med å initiere individuell plan. Spesialisthelsetjenesten og andre helseinstanser må være samarbeidspartnere og ha *plikt til å medvirke*
- ❖ **Ordningen med pasientansvarlig lege** i helseforetaket er også et viktig tiltak for å ivareta interessene til pasienter med multidiagnoser og langvarige sykdomsforløp (svingdørspasienter). Der er de eldre overrepresentert. Siden det har vist seg vanskelig å få ordningen til å fungere i sykehussystemet, mener vi at ordningen – i første omgang- kan avgrenses til å gjelde pasienter med komplekse og/eller langvarige behov for spesialist-helsetjenester.
- ❖ **Pasientopplæring** er et særs viktig område for multisyke eldre og pasienter med langvarig eller kronisk sykdom eller funksjonshemming. Det må satses mer på læring og mestring, og ikke minst på motivering for og oppfølging av langsiktig fysisk og psykososial aktivitet. De må gis mot på livet slik at de lengst mulig kan være hjemmeboende eller være mest mulig selvhjulpne, også om de må overføres til omsorgstjenesten. Dette er tidkrevende tjenester som i dag i stor grad er forsømt!
- ❖ **Nærhet** til bomiljø og pårørende er også en viktig helsefremmende faktor for mange pasienter.. Nærhet må vektlegges når spesialiteter og valg av institusjoner skal fastsettes. Som eksempel på dårlig beslutning kan nevnes at pasienter bosatt i Akershus og Oslo i 2006 "mistet" sine to opptreningsinstitusjoner. (Helse Øst's beslutning). Og det er neppe noen god løsning at Asker kommune med sine 60.000 innbyggere har etablert sitt siste sykehjem i nabokommunen Røyken. Pårørende uten bil får en dags-reise for å besøke sine kjære!!
- ❖ **Brukermedvirkning**. Siden de eldre er den absolutt største brukerguppen av helsetjenester synes det rimelig at de burde være sikret en representant i de brukerråd som er eller blir etablert i denne sammenheng.

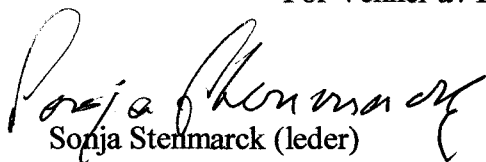
Geriatri

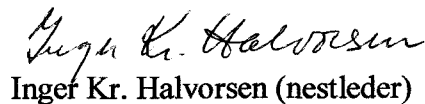
Som et ledd i handlingsplanen for eldre må det også satses på geriatrien som spesialitet. Det er neppe uenighet om at det i dag er altfor få geriatre og geriatriske avdelinger. Med den fremtidige veksten for geriatrisk behandling melder behovet seg om rask rekruttering til faget. Kanskje bør det vurderes å la geriatri bli en egen spesialitet slik bl.a. Sverige har det? Mer forskning på Eldres helse vil kunne heve status for spesialiteten og dermed være gulrot for rekruttering. Et forskningsfelt bør være legemiddelbruk tilpasset eldre. Området geriatri er ikke nevnt i høringsnotatets pkt.7.3 om forskning og kompetanseoppbygging. Der mener vi det absolutt hører hjemme. Som kjent er sykehusbehandling av eldre i snitt langt mer tid- og ressurs-krevende (teamwork med ulike kompetanse) enn for annen somatisk behandling. Dagens finansieringssystem synes ikke å være godt nok tilpasset

geriatrien. Det må derfor *raske* sørges for ”finansieringsordninger som understøtter god klinisk praksis”, slik et av delmålene er uttrykt i høringsnotatet.(kap.9.3).

Vi forventer at Nasjonal helseplan vil gi et kraftig dytt når det gjelder samhandling generelt. Det må satses på helsetjenestene for eldre spesielt så de får den prioritering de fortjener.

For Venner av Bærum Sykehus


Sonja Stenmarck (leder)


Inger Kr. Halvorsen (nestleder)

Kopi sendt til Akershus fylkeskommune
Kommunenes sentralforbund, Akershus
Asker kommune v/ordfører
Bærum kommune v/ordfører
Sosial- og helsedirektoratet
Asker og Bærum sykehus HF v/ adm.dir.
Asker og Bærum sykehus HF v/styreleder
Brukerrådet ved Bærum sykehus
Helse Øst v/adm.dir.
Helse Øst v/styreleder