

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

(Referanse må oppgis)
Vår referanse: 200600661-10
Arkivkode: G00
Saksbehandler: Bjørn Gudbjørgsrud
Deres referanse: 200602349
Dato: 19.06.2006

Høringssvar - Nasjonal helseplan 2007-2010

Sentralstyret i KS har i sitt møte 19.06.2006 behandlet høringssak om Nasjonal helseplan 2007-2010, og fattet følgende vedtak:

”KS mener at det er viktig at tilgangen til spesialisthelsetjenester er god – men i tiden fremover er det viktig også å ha fokus på å styrke primærhelsetjenesten økonomisk, kompetanse- og statusmessig. En god balanse i utviklingen er avgjørende for pasientene – spesielt de som har sammensatte behov som kronikere, eldre og psykiatriske pasienter.

KS mener at et avtalesystemet for understøttelse av samhandling med en overordnet nasjonal avtale mellom staten ved Helse og omsorgsdepartementet og kommunene ved KS, kombinert med lokale avtaler mellom helseforetak og kommune(r) er en riktig vei å gå. I tillegg må Wisløff-utvalget (NOU 2005:3, Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste) følges opp. Utvalget foreslo 1 mrd. kr. til finansiering av samhandlingstiltak med forankring i kommunene. KS mener dette vil kunne gi en effektiv verktøykasse for relevante samhandlingstiltak. Forskyvningen av ansvar for pasienter fra helseforetak til kommunene krever både økt kompetanse i primærhelsetjenesten og økte økonomiske ressurser til kommunene.

Tapene på manglende samhandling og uklare ansvarsforhold mellom kommune og stat blir pasientene. KS vil spesielt trekke fram følgende forbedringspunkter: Bedre samhandlingsprosesser og samhandlingsrutiner, bedre kapasitet i kommunene til å ta imot utskrivingsklare pasienter, bedre kompetansenivå i kommunene og sykehus og bedre oppfølging og rådgiving i forhold til enkeltpasienter/brukere.

Psykisk helse

Nedbyggingen i de psykiatriske sykehjemmene har gått mye lenger og raskere enn forutsatt i opptrappingsplanen for psykisk helse. Dette øker behovet for tjenester og boliger i kommunene. KS mener derfor at det er viktig for det psykiske helsearbeidet at målene for tilrettelagte boliger i kommunene oppjusteres og at de følges med nødvendige finansieringsvirkemidler og ressurser.

IKT i helsetjenesten

KS mener at dagens systemer med ulike teknologiløsninger og mangel på standarder hindrer samarbeid både innen og mellom virksomheter. Informasjonsflyten mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten er ofte mangelfull. KS mener staten i større grad bør tilrettelegge for bruk av sentrale standarder på IKT-området.

Den kommunale helse og sosialtjenesten

Siden sykehjemsreformen i 1988 har det skjedd en endring i retning av individualiserte og differensierte pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Behandling som tidligere ble gitt på sykehus gis nå i sykehjem. Og hjelp som ble gitt på sykehus eller i sykehjem gis nå som hjemmetjenester i omsorgsbolig og i eget hjem. KS mener det i tiden framover må rettes mer oppmerksomhet mot, og brukes en større andel av ressursene i helsevesenet, på økonomi, kompetanse og gode organisasjonsmodeller i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Det er behov for tiltak som styrket legetjenester for pasientgrupper med sammensatte behov og muligheter for økt bruk av korttidsplasser i sykehjem.”

KS legger i tillegg til grunn for sitt svar følgende utdypende synspunkter, som var grunnlag for sentralstyrets vedtak:

KS er enig i helseplanens utgangspunkter der det heter at: ”Planen skal bygge på en helhet som innbefatter forebyggende arbeid, primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med andre offentlige tjenester.”

En hovedforutsetning for å lykkes med dette er god samhandling, basert på likeverdighet mellom stat og kommuner. Vi mener at den prosessen det er lagt opp til i utviklingen av Nasjonal helseplan ikke er grundig nok til å kunne styrke samhandlingsperspektivet. Det fremstår som underlig at det i Soria-Moria-erklæringen er pekt på at fylkeskommunene skal delta i utformingen av planen, mens kommunene ikke er nevnt. Det er tross alt kommunene som har ansvaret for primærhelsetjenesten. Slik sett er det positivt at kommunene likevel blir hørt, men tidsfristene er alt for knappe til at kommunene og fylkeskommunene får mulighet til å gjennomføre grundige nok administrative, og – ikke minst – politiske prosesser.

Innledningsvis vil KS peke på at på tross av at en rekke forhold trekker i retning av økte oppgaver for helsetjenestene i kommunene, ser vi at ressursstrømmen de senere årene først og fremst har gått i retning av spesialisthelsetjenesten. Også sett fra et kommunalt og fylkeskommunalt perspektiv er det viktig at tilgangen til spesialisthelsetjenester er god – men i tiden fremover er det viktig også å ha fokus på å styrke primærhelsetjenesten økonomisk, kompetanse- og statusmessig. En god balanse i utviklingen er avgjørende for pasientene – spesielt de som har sammensatte behov som kronikere, eldre og psykiatriske pasienter.

Etter KS' vurdering må en nasjonal helseplan fokusere på behovet for en balansert utvikling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette betyr en sterkere ressursmessig satsing på kommunehelsetjenestene.

Tatt i betraktning betydningen av og utfordringene i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, mener vi den bør få en bredere plass i Nasjonal Helseplan enn det er lagt

opp til i høringsutkastet. Dette gjelder også Demens og demensomsorg som vi vet vil bli en økende utfordring for både pleie- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten i tiden fremover.

Vi vil spesielt kommentere punktene under som korresponderer med overskriftene i høringsnotatet.

Strategier for kvalitet og prioritering

Det vil alltid være en balansegang mellom vektleggingen av nasjonale føringer/retningslinjer og lokalt forankret kvalitetsarbeid. KS mener at lokalt forankret kvalitetsarbeid, basert på lokale behov er det som gir størst effekt. Gode eksempler på dette er arbeidet gjennom Effektiviseringsnettverkene og Flink med folk. De fleste kommuner gjennomfører nå kvalitetsundersøkelser og brukerundersøkelser som viktige elementer i det lokale forbedringsarbeidet. Det er et arbeid i gang med å utvikle flere kvalitetsindikatorer i KOSTRA.

KS er tilfreds med det økende fokuset på kvalitet, men mener samtidig det er behov for å forenkle rapporteringsordninger. Indikatorer/ registreringer som ikke gir god og relevant styringsinformasjon bør fjernes.

Strategi for samhandling

KS stiller seg positiv til det skisserte avtalesystemet for understøttelse av samhandling med en overordnet nasjonal avtale mellom staten ved Helse og omsorgsdepartementet og kommunene ved KS, kombinert med lokale avtaler mellom foretak og kommune(r).

Vi imøteser også en snarlig oppfølging av Wisløff-utvalget, og viser til høringsuttalelse knyttet til NOU 2005:3, Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste. Utvalget foreslo 1 mrd. kr. til finansiering av samhandlingstiltak med forankring i kommunene. Dette vil kunne gi både en mer forpliktende samhandlingsstruktur og en effektiv verktøykasse for relevante samhandlingstiltak. KS mener dette forslaget bør følges opp. I tillegg er det viktig å følge opp mange av de øvrige tiltakene fra utvalget som har som målsetting å styrke hhv. pasientperspektivet, tjenesteutøverne og økonomiske og organisatoriske rammebetingelser.

Tapene på manglende samhandling og uklare ansvarsforhold mellom kommune og stat blir pasientene. KS vil spesielt trekke fram følgende forbedringspunkter:

Bedre samhandlingsprosesser og samhandlingsrutiner

Etableringen av et avtalesystem basert på *likeverdighet* vil kunne bidra til dette. Overordnet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Lokalt mellom kommune og sykehus. I tillegg må et slikt avtalesystem følges opp med økonomiske tiltak som kan understøtte samhandling, og andre tiltak som samarbeidsutvalg og eventuelt praksiskonsulenter.

Bedre kapasitet i kommunene til å ta imot utskrivingsklare pasienter

Vi viser til kommentarene innledningsvis om behovet for en ressursmessig mer balansert satsing på primær- og spesialisthelsetjeneste. I tillegg er det behov for tiltak som styrket legetjeneste for pasientgrupper med sammensatte behov og muligheter for økt bruk av korttidsplasser i sykehjem.

Bedre kompetansenivå i kommunene og sykehus

Et viktig stikkord her er kompetansedeling, blant annet gjennom bruk av hospitering- og undervisningsordninger.

Bedre oppfølging og rådgiving i forhold til enkeltpasienter/brukere

Også her står samhandlingsperspektivet sentralt. Ordninger blant annet knyttet til bruk av ambulante team, veiledning etc. har vist seg å gi resultater.

Vi har mange gode eksempler på samhandlingstiltak som fungerer – det er viktig å sette læringsoverføring på dette området inn i et system. Så har vi mange eksempler på ting som ikke fungerer – ”skyttergravskriger” mellom kommune og foretak med ensidig utskrivning av bøter til kommunene er ett eksempel på dette. Likeverdighet mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste er etter KS' vurdering en forutsetning for god samhandling. Likeverdigheten understøttes ikke gjennom dagens betalingsforskrift for ferdigbehandlede pasienter, der spesialisthelsetjenesten ensidig har anledning til å skrive ut bøter til kommunene.

Denne forskriften bør utgå, og erstattes med positive samhandlingstiltak og et avtalesystem. NAV-reformen er basert på et slikt avtalesystem mellom stat og kommune – det bør kunne kopieres elementer av dette for å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Psykisk helse

Omstruktureringen av det psykiske helsearbeidet krever mer av kommunene enn forutsatt i opptrappingsplanen. Dette forsterkes av at nedbyggingen i de psykiatriske sykehjemmene har gått mye lenger og raskere enn forutsatt. I opptrappingsplanen var det beregnet at det skulle være igjen 1400 døgnplasser i psykiatriske sykehjem i 2006. Nå ligger vi på ca. 200 – med andre ord langt mindre enn forutsatt. Dette øker behovet for tjenester og boliger i kommunene.

Nye kartlegginger (Byggforsk, Fafo) viser behov for langt flere boliger enn forutsatt i opptrappingsplanen – og at boligene har behov for i gjennomsnitt om lag ett årsverk pr. plass. Det er derfor viktig at målene for tilrettelagte boliger i kommunene oppjusteres og at de følges med nødvendige finansieringsvirkemidler og ressurser.

Det er også viktig å ta høyde for at psykiske lidelser i befolkningen øker, og at flere barn/unge får diagnoser. Grundige behovskartlegginger og virkemidler er nødvendig for å sikre et tilstrekkelig tilbud.

Utgangspunktet for psykiatriplanen er at behandlingen bør skje nær pasienten og i stor grad utenfor institusjon. Det krever gode kommunale tilbud, og det betyr at kommunene må ta hånd om svært syke pasienter. Forutsetningen for at dette skal fungere, er at spesialisthelsetjenesten samhandler og bidrar med nødvendige oppfølgingstiltak. Veiledning, ambulante team – samt velfungerende DPSer og mestringsentra er viktige innsatsområder. KS vil også på dette området peke på nødvendigheten av god samhandling knyttet til utskrivning av pasienter.

I tillegg til de utfordringer reformen innenfor psykisk helsearbeid innebærer for kommunene, ønsker KS å peke på behovet for økt samarbeid og samhandling mellom barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien. Vi viser i denne forbindelse til

undersøkelser som viser at barn med tjenester fra barnevernet er overrepresentert når det gjelder selvmordshyppighet, dødelighet og (ubehandlede) psykiske og somatiske lidelser. KS ønsker at dette forholdet også blir et tema i Nasjonal Helseplan.

IKT i helsetjenesten

KS er enig i at informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er et viktig grunnlag for det meste av samhandlingen mellom ulike helsetjenester, og at det meste av dialogen mellom tjeneste og brukere etter hvert også vil foregå ved bruk av IKT. Økt bruk av IKT kan bidra til å forbedre samhandlingen, gi sikrere overføring og dokumentasjon av helseopplysninger og effektivisere administrative prosesser og rutiner.

Papirbaserte og IKT-baserte løsninger eksisterer i dag ofte side om side. Dette betyr dobbeltarbeid og tvetydighet i håndtering av informasjon. Ulike teknologiløsninger og mangel på standarder hindrer samarbeid både innen og mellom virksomheter. Informasjonsflyten mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten er ofte mangelfull. Det er også påvist at det kan være dårlig overensstemmelse mellom medikamentkortene i journalene hos fastlegene, i spesialisthelsetjenesten og i hjemmesykepleien. Dessuten er det i begrenset grad gjort de endringene i organisasjon og arbeidsprosesser som kreves for å realisere mulighetene IKT-løsningene gir.

Mye av samhandlingen i helsevesenet dreier seg om utveksling av ulike meldinger. I almennlegetjenesten håndteres årlig omlag 35 millioner meldinger hvert år. Det dreier seg bl.a. om nesten 2 mill. henvisninger til sykehus, nesten 4 mill. epikriser, ca. 3,5 mill. sykemeldinger/sykepengeattester, 7 mill. prøverekvisisjoner og 17 mill. resepter. Fortsatt sendes en stor del av disse meldingene på tradisjonell måte. I tillegg til at elektronisk overføring av meldingene kan spare betydelige kostnader, blir også overføringen sikrere og raskere.

Helsenettet

Det nasjonale helsenettet skal være den elektroniske ”motorveien” for sikker og effektiv samhandling og overføring av helseopplysninger mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene, spesialisthelsetjenesten og andre aktører. Helsenettet eies i dag av de regionale helseforetakene, og er organisert som et aksjeselskap (Norsk Helsenett AS). Oppkobling av helseforetakene og fastlegene har så langt vært prioritert når det gjelder tilrettelegging av tjenester i nettet. Hittil er et fåtall kommuner oppkoblet og det er utviklet få tjenester i nettet som er tilrettelagt for samhandling mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, fastlegene og helseforetakene.

KS mener at for å styrke samhandlingen mellom forvaltningsnivåene, og for å bidra til økt bruk av helsenettet, bør det vurderes å endre eierforholdene slik at kommunene sikres direkte innflytelse på styring og prioritering av virksomheten.

Standarder

En annen viktig problemstilling er spørsmålet om staten i større grad bør tilrettelegge for bruk av sentrale standarder på IKT-området. Interoperabilitet – at data kan utveksles ”søsløst” mellom ulike systemer - er et nøkkelord for effektiv elektronisk samhandling. Kommunene ønsker større grad av standardisering for å sikre at IT-systemene kan ”snakke sammen”, hindre unødvendig bruk av ressurser på utvikling av egne kravspesifikasjoner og

forenkle anskaffelse av nye løsninger. Dette krever at datasystemene baseres på såkalt åpne standarder.

IKT er et viktig verktøy for samhandling, men utforming av de elektroniske samhandlingsløsningene krever også utstrakt samarbeid både nasjonalt, regionalt og lokalt. KS legger vekt på at samarbeid om IKT-løsninger bør ha en naturlig plass innenfor det avtalerammeverk som eventuelt utformes mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS.

IKT og kompetanseutvikling

Mangel på kompetanse i bruk av moderne IKT-verktøy representerer en utfordring innenfor helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Undersøkelser har for eksempel vist at elektronisk pasientjournal ikke brukes i 60 prosent av de mindre kommunene og 35 prosent av de mellomstore kommunene, selv om elektronisk pasientjournal (EPJ) er en del av pleie- og omsorgssystemet. Årsaken er bl.a. at bruk av IKT, og spesielt EPJ, ikke er en naturlig del i utdanningen av helse- og omsorgspersonell.

Kunnskap om bruk av EPJ og andre IKT-verktøy er et helt nødvendig grunnlag for elektronisk samhandling og bør snarest mulig innarbeides i utdanningsinstitusjonenes læreplaner.

Forskning for bedre helse

KS er enig i departementets beskrivelse av manglende forskning og kunnskap om de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, til tross for at disse tjenestene sysselsetter flere årsverk enn sykehussektoren og i 2004 kostet 54 mrd. kr. KS er også enig det bør satses mer på forskning og utviklingsarbeid i denne sektoren, og at dette bør skje i nært samspill mellom kommuner og utdannings- og forskningsinstitusjoner. Vi ønsker i denne forbindelse å vise til "Program for praksisrettet FoU i grunnopplæring og lærerutdanning" som nylig er startet i Norsk Forskningsråds regi etter et initiativ fra

Kunnskapsdepartementet (tidligere Utdannings- og forskningsdepartementet).

Det overordnede målet for programmet er å bidra til kunnskapsutvikling som styrker grunnopplæring og lærerutdanning, fremmer FoU-arbeidet i lærerutdanningene og bedrer sammenhengen mellom yrkesutdanning og yrkesutøving. Programmet har en samlet bevilgningsramme på i underkant av 100 mill kr og en varighet på 4 år.

KS ønsker også å vise til at det i arbeidet med ny kvalitetsavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS har vært drøftet styrking av kommunal deltakelse i praksisnær omsorgsforskning og FoU-arbeid knyttet til helse- og omsorgstjenesten bl.a. i samarbeid med regionale forsknings- og utdanningsinstitusjoner - som en felles forpliktelse for partene.

Den kommunale helse og sosialtjenesten

Flere forhold peker i retning av at den kommunale helse og sosialtjenesten opplever en presset situasjon:

- Statlige føringer og lovgivning: Blant annet knyttet til reformer der ønsket er at innbyggerne skal få tjenester så nær sitt eget lokalsamfunn som mulig – psykiatireformen er et eksempel på dette.

- Demografiske forhold: Utviklingen i eldrebefolkningen gir behov for kapasitetsutvidelse. Samtidig øker også forventningene til selve tjenestetilbudet, noe som gir behov for kvalitetsforbedringer lokalt.
- Effektiviseringen i sykehusene: Det behandles flere pasienter i sykehusene, men de behandles i sterkere grad på dagtid - antall liggedøgn går ned og antallet reinnleggelser øker. På mange måter er effektiviseringen positiv, men det stiller også økte krav til kommunenes helse- og omsorgstjeneste – økonomisk og kompetansemessig.

Siden sykehjemsreformen i 1988 har det skjedd en endring i retning av individualiserte og differensierte pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Hjelp som tidligere ble gitt på sykehus eller i sykehjem gis nå som hjemmetjenester i omsorgsbolig og i eget hjem. Kommunene har – etter innbyggernes ønsker – utviklet mer fleksible tilbud basert på brukernes behov for bistand og hjelp. Utviklingen stiller store krav til både organisering, økonomi og kompetanse.

Et markant utviklingstrekk innenfor de kommunale pleie- og omsorgstjenestene de senere årene er at antall brukere under 67 år øker mye. Det er klart at dette presser tjenesteapparatet. Helsereformen, psykiatireformen og ressurskrevende brukere kan være medvirkende årsaker til veksten.

Tall fra Statens Helsetilsyn viser at sammenliknet med andre grupper som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester, så er andelen tjenestemottakere med utviklingshemming eller psykisk lidelse lang større blant de under 67 år. Også medfødte funksjonshemninger, skader, MS og rusmiddelbruk er hyppigere representert i gruppen under 67 år enn hos de over.

Kapasitetsmessig er det en utfordring for kommunene å tilby nok kortidsplasser for å møte effektiviseringen og utskrivningspraksisen i sykehusene.

Spesialisthelsetjenesten

Etter KS' oppfatning er utviklingen i spesialisthelsetjenestene de senere årene først og fremst preget av:

- Økende spesialisering i forhold til kompetanse og organisering
- Økende behandlingsvolum og effektivisering
- Økt aktivitet, flere opphold per årsverk, færre senger, kortere liggetid, høyere belegg
- Mer oppsplittet behandlingsforløp. Mellom nivå og innen nivå. Flere opphold per pasient enn før (økning i både planlagte og ikke planlagte reinnleggelser)
- Indikasjoner på kapasitetspress - høyt belegg, korridorpasienter, utskrivingsklare pasienter
- Endringer i pasientsammensetning - flere eldre med sammensatt sykdomsbilde - økning i sykehusbruk blant de eldste
- Nedbygging av døgnplasser i psykiatrien

Alle disse utviklingstrekkene påvirker også kommunenes helse- og omsorgstilbud. Derfor øker behovet for samhandling mellom kommunene og sykehusene.

Hovedbildet er at flere har fått tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten de siste 15 årene. Det er bra. Samtidig er liggetid pr. sykehusopphold redusert. Det har blitt færre effektive sengeplasser i somatikken, færre døgnplasser i psykiatrien, men vekst i antall døgnopphold (utskrivninger) på begge områdene. Ofte krever dette en kommunal oppfølging i etterkant, og økt dimensjonering av det kommunale tilbudet.

Innenfor psykiatrien er det uomtvistelig at den langt hurtigere nedbyggingen av døgnplasser i psykiatriske sykehjem enn forutsatt har gitt et stort press på boligbehov og kompetanse og kapasitet i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene.

Utviklingen bør etter KS' vurdering først og fremst møtes med:

- Økt satsing på de kommunale helse- og omsorgstjenestene i form av økonomi, kompetanse og status
- Satsing på samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste
- Satsing på økt samhandling mellom spesialisthelsetjenesten (psykiatrien) og kommunenes sosial- og barnevernstjeneste.

Utdanning av helsepersonell

KS mener det er viktig med et åpent syn på hvilke utdanninger som er egnet innenfor de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Dette er viktig både i forhold til en krevende rekrutteringssituasjon i årene som kommer, og i forhold til innholdet i tjenestene. Planleggingen på dette området fremover bør ta høyde for det.

Tradisjonelt har etter- og videreutdanningene i stor grad blitt formet i dialog mellom arbeidstakerorganisasjonene og utdanningsinstitusjonene. KS ønsker å ta et større ansvar for at de kommunale arbeidsgiverne organiserer sine krav og forventninger på en sterkere måte overfor de regionale utdanningstilbyderne enn tidligere.

KS opplever at finansiering av praksisutdanningene som deler av grunnutdanningene (høgskole/videregående) er et område som framstår som uoversiktlig og uklart. Det er også store ulikheter mellom fagene. Tydeligere og enklere finansieringsordninger og et klarere ansvar for praksisdelen fra utdanningsinstitusjonenes side er et ønske fra de kommunale arbeidsgiverne.

Med hilsen

Halvdan Skard

Olav Ulleren

Kopi: Kommunal- og Regionaldepartementet