

Nasjonal helseplan (2007-2010) – høringsuttalelse fra Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Nasjonal helseplan (2007-2010) er under utarbeidelse av Helse- og omsorgsdepartementet og skal legges frem i tilslutning til statsbudsjettet 2007. I høringsnotatet fra departementet inviteres høringsinstansene til å gi innspill på valg av temaer og problemstillinger; hvilke strategier og tiltak som skal møte utfordringene; samt hvilke prosesser som bør gjennomføres før strategier og tiltak beslutes.

Høringsnotatet omfatter utfordringer i helsetjenesten, den kommunale helse- og sosialtjenesten samt problemstillinger rettet mot spesialisthelsetjenesten.

Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen har følgende synspunkter og kommentarer til høringsnotatet:

Selv om folkehelseutviklingen i Norge generelt er god, og på enkelte områder i klar forbedring, gjenstår det en rekke utfordringer som vil kreve en samlet og strategisk innsats i de kommende tiårene. Vi vil spesielt trekke frem disse problemområdene:

- økende sosiale ulikheter i helse
- den kommende eldrebølgen
- økende forekomst av kreftsykdommer
- bestående betydelig funksjonssvikt og arbeidsuførhet på grunn av muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser
- rusmiddelmisbruk og dets helsemessige følger
- økende forekomst av overvekt og fedme

Høringsnotatet beskriver utviklingen på folkehelseområdet på en nokså vag og upresis måte. Spesielt vil vi peke på betydningen av barns sterkt endrete oppvekstvilkår som medfører redusert fysisk aktivitet, endret kosthold og økende problemer med stress og psykiske lidelser hos barn. Vi savner også mer eksakte fremskrivninger av forventet pasienttall ut fra demografiske endringer og antatte fremtidige behov. |

Hovedstrategien for å møte disse folkehelseutfordringene, vil være å utforme en helhetlig forebyggingspolitikk som omfatter alle samfunnssektorer. Denne må være forskningsbasert og det er et klart behov for å styrke folkehelserelevant forskning, fra epidemiologiske studier (årsaksforskning) til tiltaksevaluering. En videreutvikling av registerbasert epidemiologisk forskning vil her være av sentral betydning. Etablering av et personidentifiserbart Nasjonalt pasientregister vil bety en vesentlig styrking av denne forskningen. Det bør være et mål at dette etableres innen planperioden.

Bevilgningene til frie forskerinitierte forskningsprosjekter gjennom Norges forskningsråd bør økes betydelig. Det bør utarbeides en strategi for å stimulere til økt forskerrekuttering innen helsefaglig og medisinsk forskning. Et ledd i dette kan være å øke kravene til forskningskompetanse for ledelsestillinger i helseforetakene. Spesielt viktige områder bør tilgodesees med egne forskningsprogrammer. Spesielt vil vi fremheve behovet for økt forskningsinnsats innen temaer som demens, funksjonssvikt hos eldre, rehabilitering, helsetjeneste- og trygdemedisinsk forskning. Forskningen må styrkes innen alle medisinske

fagområder, spesielt innen psykiatri, geriatri, allmennmedisin og samfunnsmedisin. Vi vil også peke på det store behovet for farmasirelatert forskning og for en videre satsing på akademisk kvalifisering innen andre helsefag.

Helseforetakene er blitt viktige finansielle kilder til forskning, men det er behov for en klarere arbeidsdeling mellom universitet og høyskoler på den ene siden og helseforetakene på den andre siden. Vi mener at "bestillerdokumentet" til helseforetakene bør inneholde klare beskrivelser av hvor mye vitenskap og "undervisning" som skal produseres. Det er også behov for å bygge opp et system for evaluering og kvalitetssikring av den forskning som helseforetakene skal stå for, slik universitetene og Forskningsrådet har utviklet. Det er en fare for at helsefaglig forskning spres på for mange institusjoner uten tilstrekkelig faglig og akademisk kompetanse. Det bør blant annet stilles krav om at alle kompetansesentre har tilknytning til forskningsinstitusjoner, da spesielt universitetene.

Helsetjenesten står også overfor store utfordringer knyttet til de nevnte problemområdene. Kompetanseoppbygging i helsetjenesten må skje gjennom styrking av grunnutdanning, videre- og etterutdanning. Universitetene har sentrale oppgaver her og må få styrket sine muligheter til å ivareta disse oppgavene. Det er behov for en presisering av hvem som har ansvaret for spesialist- /etterutdanning av leger og ikke minst vedlikehold av kunnskap hos spesialistene. Helseplanen bør omtale mer konkret helseforetakenes ansvar for å legge forholdene til rette for den teoretiske og kliniske utdanning av alle grupper helsepersonell. En form for "continuous medical education" for leger og andre grupper helsepersonell bør utvikles der universitetene bør få en sentral rolle. Ansvaret bør imidlertid ligge hos helseforetakene. Organiseringen av turnustjenesten bør omtales særskilt. Det er viktig å bevare gode turnusplasser og kvaliteten av opplæring i turnustjenesten må styrkes. Ambulansepersonells svake kompetanse bør drøftes særskilt med forslag til forbedret utdanningstilbud til denne gruppen.

Rettferdig og rett prioritering av helsetjenester vil bli en stadig viktigere tematikk som krever oppmerksomhet og systematisk arbeid. Skjevfordeling av ressurstilgang mellom de regionale helseforetakene må rettes opp. Når det gjelder likverdig tilgang til tjenester, må dette sees i sammenheng med behovet for økende grad av sentralisering av høyt spesialiserte tjenester. Det er behov for å utvikle bedre systemer for å utprøve og implementere nye og kostbare utredningsmetoder og behandlingsformer. Her vil universitetene kunne bidra med kompetanse og ta ansvar for slike oppgaver. Fritt sykehusvalg er en annen oppgave hvor det er behov for bedre informasjonsgrunnlag og forskning. Forholdet mellom elektiv og øyeblikkelig hjelp aktiviteter på sykehusene bør drøftes nøyere. Det er et stort organisatorisk problem at elektive pasienter stadig må nedprioriteres.

Med de forestående demografiske endringer samt en økende middellevetid, vil antallet eldre pasienter stige vesentlig i de neste 30-40 årene. Det er viktig allerede nå å forberede seg til denne utfordringen, gjennom oppbygging av kompetanse og kapasitet innen helsesektoren på alle nivåer. Fagfeltet geriatri må styrkes vesentlig i Norge. Sammenliknet med Sverige ligger norsk geriatri langt tilbake å ønske. Geriatrike kompetansemiljøer må utvikles i alle helseregioner og sykehjemsmedisinen må opprustes faglig og kapasitetsmessig. Det er et klart behov for å øke kapasiteten innen geriatrik rehabilitering i vesentlig grad, kfr. Sverige.

Det forebyggende helsearbeidet i kommunene må styrkes og i den forbindelse er det viktig å styrke samfunnsmedisinens stilling. Offentlig allmennmedisinsk og samfunnsmedisinsk legearbeid må løftes frem som viktige grupperettede og miljørettede tiltak. Også

smittevernsarbeidet og beredskap tilsier at kommunene må ha gode og aktive samfunnsmedisinske tjenester.

Bergen 19.06.2006

Gottfried Greve
Inst. for klinisk medisin

John Gunnar Mæland
Inst. for samfunnsmed. fag

Hans Jørgen Aarstad
Inst. for kirurgiske fag