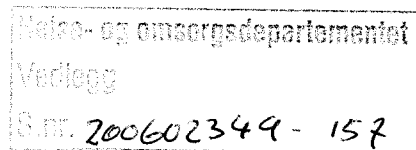


Helse- og omsorgsdepartementet
Spesialisthelseavdelingen
Postboks 8011 Dep



0030 OSLO

Deres referanse:

Vår referanse:

Dato: 23.06.06

Høringsuttalelse Nasjonal Helseplan (2007-2010)

Utkastet til nasjonal helseplan er preget av konsolidering og tilpasning av de siste års reformer og inneholder ingen radikale tiltak.

Helse Sør RHF er enig i beskrivelse av status og felles utfordringer i helsetjenesten. I det følgende kommenterer vi de kapitler der vi enten har innspill eller ønsker å understreke viktige forhold, mens kapitlene vi mener er godt framstilt i høringsutkastet er uten kommentarer.

Generelle kommentarer

Brakerutvalget i Helse Sør RHF har behandlet høringsutkastet og har samlet seg om følgende overordnede innspill som også Helse Sør RHF stiller seg bak: Nasjonal helseplan 2007-2010 skal være pasientfokusert ved at brukerperspektivet er et førende premiss.

På overordnet nivå savnes det en bredere omtale av og forslag til tiltak innen spesialisert rus- og avhengighetsbehandling. Dette er et område som fortsatt krever stor ressurstilgang og omstilling og bør vies et kapittel på samme nivå som omtalen av psykisk helsevern.

Det er et voksende antall innbyggere i Norge som har sin opprinnelse i andre land og i andre kulturer. Dette gir ulike utfordringer i helsetjenesten ikke minst i forhold til målet om å gi et likeverdig tilbud av helsetjenester. Helse Sør RHF mener det bør være omtale av, drøfting av og tiltak for helsetilbudet til personer med fremmedkulturell bakgrunn både i del II, III og IV.

Pasient- og pårørendeopplæring er ett av de fire hovedområdene til spesialisthelsetjenesten, og det er meget viktig å gi dette temaet en sentral plass i denne nasjonale helseplanen. Det er her viktig å fokusere på opplæringstiltak, kapasitet og ressurser, brukernes likeverdige deltakelse i utarbeidelsen av opplæringstiltak, likemannsarbeide, forebyggende tiltak, samhandlingsarena mot kommunene, helsepedagogikk, etablering av effektive informasjons- og møteplasser mellom personer som har kroniske sykdommer, brukerorganisasjoner og helsepersonell. Viktig redskap i dette arbeidet er etablering av

Lærings- og mestringssentre og da gjerne i et tettere samarbeid med den kommunale sektor. Det er samtidig viktig at Lærings- og mestringssentraene har økt fokus på pasient- og pårørendeopplæringstiltak til pasienter og pårørende innen psykisk helsevern, rus og spesialisert rus- og avhengighetbehandling og habilitering.

Strategi for kvalitet og prioritering

Det finnes mange ordninger for tilsyn, kontroll og revisjon i helsetjenesten. Mange av disse er uavhengige av hverandre, men har til dels sammenfallende fokus. Oppfølging og krav om forbedring blir derfor lett oppsplittet og i verste fall motstridende. På nasjonalt nivå er det behov for å stimulere til langsiktig, helhetlig, godt metodisk og strategisk arbeid for å forbedre tjenestenes kvalitet. Sosial- og helsedirektoratets kvalitetsstrategi "*...Og bedre skal det bli*" peker på en rekke metodiske grep, og Sosial- og helsedirektoratet har nedsatt ulike arbeidsgrupper som skal gi råd om hvordan både brukeren og utøveren skal styrkes. Det er vår mening at en må forsterke og formalisere systematisk kvalitetsarbeid gjennom systematisk innsamling og analyse av data i kvalitetsregistre og å legge til rette for sertifisering eller akkreditering av helsetjenesten. I den forbindelse ønsker vi å henlede oppmerksomheten til Danmark hvor Folketinget har vedtatt en felles nasjonal sertifisering/akkreditering av alle sykehus samt deler av primærhelsetjenesten. Ett felles nasjonalt system for akkreditering vil gjøre det lettere både for bruker og eier å vurdere kvaliteten på tilbudet.

Strategi for samhandling

Å skape en sammenhengende behandlingsskjede hvor pasienten opplever trygghet, kontinuitet og kvalitet er en stor utfordring.

Gjennom samhandlingsprogrammet "Helsedialog" i helseregion Sør er det lagt avgjørende vekt på dialog og avtaler mellom kommunene og helseforetakene om samhandling. Disse har tatt utgangspunkt i eksisterende avtaleverk, og vi ser at disse har svært varierende innhold. Vi vil understreke at et avtalesystem i seg selv får liten betydning med mindre de følges opp av partene i praksis. Avtaleverket må være basert på en overordnet forståelse av betydningen av å skulle løse de samlede utfordringer for helsevesenet i fellesskap. Partene i Helsedialog har sterkt understreket betydningen av at avtaler skal være tuftet på likeverd og respekt for hverandres situasjon og egenart. På denne måten oppnås nødvendig tillit for god gjennomføring. De samarbeidende organer må også etablere hensiktsmessige arenaer for praktisk og mer forpliktende oppfølging av avtaleverkene.

Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene med hjemmesykepleie og sykehjem må settes i stand til å løse de mest basale oppgaver. I dag kompenseres sykehusene for manglende kompetanse i primærhelsetjenesten ved at flere eldre pasienter legges inn for enkle tilstander som burde vært løst i kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten må bidra til å bygge opp kompetansen, men det er viktig å utvikle insentiver for samhandlingen i grenseflaten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten slik at pasienten i så stor grad som mulig kan behandles på riktig nivå.

Nasjonale helseplaner bør derfor inneholde en problematisering av at det er forskjellige finansieringssystemer i primær- og spesialisthelsetjenesten samt tiltak for å kompensere for dette. Det er viktig at nasjonale insentivordninger stimulerer til samhandling som sikrer en kontinuerlig behandlingsskjede for pasienten.

Samtidig bør det foretas en klarere avgrensning for hva som er spesialisthelsetjenestens oppgaver i forhold til de generelle helsemessige problemstillinger.

IKT i helsetjenesten

Helsesektoren både nasjonalt og internasjonalt har ennå ikke utnyttet det potensialet for kvalitet og effektivitet i tjenesten som IKT-teknologien muliggjør. Den grunnleggende overføring fra papirbaserte systemer til elektronisk lagring er bare begynnelsen på en prosess. Informasjonen må struktureres og systemene baseres på felles standarder for dokumentasjon av helseopplysninger. Dette muliggjør effektiv gjenbruk av informasjonen og tilrettelegger for bruk av standardplaner for pasientforløp, beslutningsstøtte og gir grunnlag for evaluering, kvalitetssikring og forskning. Dette vil selvfølgelig kreve økt fokus på organisatoriske endringer i forhold til rutiner, arbeidsprosesser og former for samhandling.

Tiltakene som skisseres i høringsnotatet med styrking av koordinering og eventuelt sentralisering av forvaltningen av IKT-tjenester for helsetjenesten, er nødvendige tiltak i forholdet til løftet som trengs. Men det kreves også tiltak utover dette. Det pekes i høringsnotatet på betydningen av å styrke IKT i samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er vår mening at dette ikke kan realiseres gjennom en ren meldingsbasert informasjonsmodell. Utveksling av informasjon basert på å sende meldinger til en utvalgt instans, fungerer ikke når pasienten pga en akutsituasjon eller etter eget ønske kontakter en annen instans. Pasientjournalen er da ikke tilgjengelig. Ved en lovmessig og teknisk tilrettelegging for sikker tilgang til aktuelle pasientopplysninger der de finnes, ivaretas både informasjonssikkerhet og pasientsikkerhet. Internasjonalt finnes det nå nettsentrisk løsning som viser at dette er mulig og effektivt. Høringsnotatet peker på at informasjon skal kunne brukes på tvers av organisatoriske og geografiske grenser, og også tilrettelegges for pasienttilgang til journalopplysninger. Dette kan ikke realiseres tilfredsstillende gjennom en meldingsbasert modell. Meldinger bør i fremtiden reserveres henvisninger eller anmodninger om ulike tjenester eller bistand. En nettsentrisk modell kan gi aktuelle behandler og pasient informasjon hvor ulike helseopplysninger finnes – og mulighet for oppslag i og sammenstilling av informasjon fra de relevante systemene. En slik modell er ikke i motstrid med utvikling av en kjernejournal med de mest sentrale helseopplysninger til bruk ved akutte pasientkontakter. Snarere tvert om er en kjernejournal første trinn i tilrettelegging. En nettsentrisk modell kan også benyttes for integrasjon av de mange kliniske fagsystemer og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene.

Avslutningsvis vil pekes på at personvernmessige hensyn må iakttas. Dette må imidlertid ikke i seg selv være til hinder for at hensiktsmessig e-kommunikasjon utvikles. Behovet for utvikling av IKT-systemer viser seg bl a i pasientombudenes rapport 2005 der det ble vist til flere eksempler på mangelfull oppfølging fordi journalene ikke var tilgjengelig på det relevante tidspunkt for behandlerne.

Den kommunale helse- og sosialtjenesten

Helse Sør har identifisert praksiskonsulentordningen som strategisk viktig for å styrke helhetlige helsetjenester og har forankret denne i samhandlingsprogrammet "Helsedialog". Det er utarbeidet en regional plan for ordningen som inkluderer særskilt finansiering, og tiltaket er tatt inn i styringsdialogen med helseforetakene gjennom bestillerdokumentet for 2006. En vil også her peke på betydningen av at dette arbeidet er prioritert også fra kommunehelsetjenestens side gjennom å prioritere virksomheten gjennom avtaleverket med fastlegene.

Investeringer i spesialisthelsetjenesten

Dette området berøres av mange av de sentrale temaene i høringsnotatet, som sentral styring og koordinering, kapasitet og struktur, og investeringer.

For å kunne vurdere det potensialet som ligger i areal- og kapasitetsutnyttelse (kap.11), mener Helse Sør at det er viktig med valide og pålitelige målemetoder, med basis i felles definisjoner, standarder og nasjonale veiledninger. Viktige elementer vil for eksempel være klassifikasjonsstandarder for sykehusarealer, arealdatabaser, omforente måleparametere for arealeffektivitet, etc.

Slike felles definisjoner, standarder og veiledninger vil også være viktige elementer for å kunne etablere gode underlag for strategiske beslutninger og den ønskede nasjonale styringen og koordineringen som vektlegges i kap.10.

Helse Sør RHF vil likeledes påpeke behovet for å beskrive pasientforløp for viktige og dimensjonerende pasientgrupper og utvikling av verktøy for å beskrive sammenhenger mellom behov, kapasitet og arealer/bygg – og beregne konsekvenser av endringer i behov og organisering.

Ut over det å peke på viktige sider ved utvalgte pasientforløp, sier høringsnotatet lite om bygg som virkemiddel for klinisk virksomhet, og viktigheten av kunnskap om sammenhengen mellom byggutforming, struktur og helsemessige resultater. Vi mener det er viktig og nødvendig at dette blir vurdert i det videre arbeidet.

Høringsnotat påpeker at dekomponerte levetider for sykehusbygg med tilhørende tekniske anlegg gir avskrivninger av åpningsbalansen på om lag 5 mrd. NOK. Dette nivået gir etter Helse Sørs oppfatning et rimelig riktig bilde av det reelle kapitalslitet. Inntektene til avskrivninger i Helse Sør dekker i underkant av 60 prosent av disse avskrivningene. Helse Sør RHF mener det er viktig at en i det videre arbeidet med investeringsområdet i nasjonal helseplan legger opp til realistiske beregninger av det framtidige behovet for realkapital, både som grunnlag for både strategiske investeringsbeslutninger og som grunnlag for å beregne framtidig kostnadsnivå.

For det enkelte helseforetak er både generelt vedlikehold og mulighet for utskifting av medisinsk teknisk utstyr og IKT avgjørende for å kunne drive effektive og kvalitativt gode tjenester for befolkningen. Dette er kostnadskrevende, og manglende midler til denne typen investeringer vil kunne føre til økt nivå på driftskostnader i foretakene.

Lokalsykehus

Styret i Helse Sør RHF vedtok i februar 2006 en rapport om lokalsykehusfunksjonen i regionen. Her inkluderer lokalsykehusfunksjonen det som kalles de mer alminnelige spesialisthelsetjenester, både innen somatikk, psykisk helsevern og spesialisert rus- og avhengighetsbehandling. Som minimum for å være en trygghetsbase for befolkningen må det inneholde en akuttfunksjon innen indremedisin, kirurgisk diagnostikk og behandling (differensieres etter volum) og herunder kunne ta hånd om og stabilisere akutte sykdoms- og skadetilfelle, og ha et tilstrekkelig bredt elektivt behandlingstilbud til pasienter i opptaksområdet slik at pasientene kan få hovedtyngden av den behandlingen de trenger ved lokalsykehuset. Rapporten peker på utfordringer, satsingsområder og har en anbefalt minimumsfunksjon for lokalsykehusene. Beskrivelsene i Nasjonal helseplan korresponderer bra med denne rapporten.

Høringsnotatet fastslår en opprettholdelse av et desentralisert sykehusstilbud, og at ingen lokalsykehus skal legges ned. Notatet beskriver hva lokalsykehusene skal inneholde, men har ingen tiltak for å sikre at det skjer. Helse Sør RHF forventer at dette synliggjøres i den endelige versjonen.

Utdanning og rekruttering

Det er store utfordringer forbundet med å rekruttere nok spesialister for å sikre oppfølging av nasjonale prioriteringer spesielt innen psykisk helsevern og spesialisert rus- og avhengighetsbehandling. Det betydelige gapet mellom forventninger/behov og kapasitet gir i perioder stor slitasje i enkelte faggrupper.

Spesielt innen legeutdanningen har tendensen de siste årene vært økt subspecialisering. Lokalsykehusene har ikke pasienter og økonomi til et bredt sjikt av spesialister. En kritisk faktor for å opprettholde et desentralisert sykehusstilbud er derfor at det eksisterer generalister som har bred nok kompetanse.

En annen utfordring knytter seg til praksisstudier, som er en av helseforetakenes hovedoppgaver i forbindelse med høyskoleutdanningene. Samarbeidsorganet mellom Helse Sør og høyskolene tilknyttet regionen har spilt inn overfor Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet at den medisinske utviklingen og endringer i pasientbehandlingen i sykehusene byr på store utfordringer i forhold til tilrettelegging for gode praksisstudier. Som eksempler på slike endringer kan nevnes:

- antallet senger synker
- belastningen på den enkelte sengepost øker – sykere pasienter, flere studenter pr. sengepost totalt.
- raskere pasientflyt – kortere diagnostisk tid
- økende dagbehandling inkludert poliklinikk

Praksisstudiene må tilpasses de nye behandlingsstrategier, organiseres ut fra behandlingsskjeder, og tverrfaglighet og samarbeid må vektlegges i større grad også i grunnutdanningene. Videre må det i større grad etableres praksisplasser i alle deler av sykehusets virksomhet – ”antall senger” bør ikke være den begrensende faktor. Fra helseforetakenes synspunkt oppleves det til tider ”høy studenttetthet”, noe som er krevende for formidling, samarbeid og oppfølging knyttet til praksisplasser. Det er et sterkt ønske at man på nasjonalt nivå har systemer som fanger opp disse utfordringene og at læreplanene for de enkelte utdanninger tar opp i seg de endringer som skjer i organiseringen av helsetjenesten.

Spesielle forhold knyttet til Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF

Problemene knyttet til eierskap, pasientstrømmer og finansiering

Om lag to tredjedeler av pasientene til Rikshospitalet-Radiumhospitalet kommer fra Helse Øst, mens foretaket eies og finansieres av Helse Sør. For å sikre at tilbudet til disse pasientene utvikles på en faglig og kostnadseffektiv god måte er det behov for langsiktige avtaler om pasienttilgang og betalingsordninger med Helse Øst. Spesielt viktig er dette i Oslo-regionen hvor to regionssykehus – Rikshospitalet-Radiumhospitalet og Ullevål universitetssykehus fortsatt må utvikle den fagstyrte funksjonsfordelingen.

Mens sykehusene i Norge generelt har fallende ventelister er situasjonen en annen ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet. For mange av sykehusets spesialfelter hvor det er manglende nasjonal kompetanse og kapasitet, øker både antallet ventende og de gjennomsnittlige ventetidene. En tilpasning av utrednings- og behandlingsskapasitet for disse pasientene krever også langsiktige avtaler med de andre regionale helseforetakene.

I denne situasjonen må det presiseres at de enkelte regioner har ”sørge for ansvaret” for sine pasienter og også betalingsansvaret for behandlingen.

Samordning av spesialisthelsetjenestene i Oslo-området

Oslo-området har en meget høy sykehusetthet i forhold til resten av landet. Dette innebærer risiko for utbygging av konkurrerende tilbud med negative effekter for fag, investeringer og driftsøkonomi. Det er derfor av samfunnsøkonomiske grunner behov for å fortsette den faglige funksjonsfordeling mellom sykehus med ulikt eierskap. Det er allerede gjennomført fusjoner innen øre-nese-hals- og øyeavdelingene ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet og Ullevål Universitetssykehus samt formalisert funksjonsfordeling innen revmatologi og revmakirurgi. Nå pågår det en rekke utredninger som vil lede opp til nye forslag om fusjoner, funksjonsfordeling og nye organisatoriske strukturer. Spesielt aktuelt er felles ledede avdelinger innen spesifikke fagområder på Rikshospitalet-Radiumhospitalet og Ullevål Universitetssykehus. Det er viktig at man for god progresjon i det videre arbeidet med samarbeidsprosjekter får på plass solide økonomiske oppgjørsordninger og infrastruktur spesielt innen IKT som støtter opp under organisatoriske løsninger og funksjonsfordelinger.

Finansiering av høyspesialisert medisin

Dagens tilbud til pasientene ligger i grenseflaten mellom etablert medisin og utprøvende behandling og forskning. Dette gir trinnvis og rask faglig utvikling og kostnadsendringer som ikke fanges opp av det normale finansieringssystem. Erfaringsmessig har det gått flere år mellom det tidspunkt en ny metodikk eller behandlingsform er akseptert og etablert til dette gjenspeiles i DRG-vektene. Denne svakheten rammer Rikshospitalet-Radiumhospitalet spesielt sterkt fordi hovedvolumet av nasjonal medisinsk utvikling og utprøving av nye metoder fra resten av verden skjer her.

Et nasjonalt prioriteringssystem

Ny teknologi, bioteknologiske kvantesprang i muligheten for individuell skreddersydd utredning og behandling og avgrensninger av høyspesialisert medisin med ekstrem kostnad til et lite antall pasienter krever et operativt nasjonalt prioriteringssystem. En gruppe sammensatt av representanter fra de fem regionale helseforetak vil levere en innstilling om høyspesialisert medisin og medisinske kompetansesentra til høsten. Denne innstillingen vil kunne danne grunnlag for en ny struktur som kan ivareta nasjonale prioriteringer. Det bør samtidig sikres at inntektssystemet bidrar til gjennomføring av riktig prioritering.

Nasjonal satsning innen medisinsk og biomedisinsk forskning

En rekke evalueringer av norsk forskning har vist svakhetene ved at man i for liten grad har etablert sterke og fokuserte forskningsmiljøer. For å understøtte prioriterte kliniske forskningsmiljøer er det nødvendig å ha biomedisinske forskningsmiljøer som er tunge nok til å delta i kartleggingen av de molekylære og cellebiologiske mekanismer som utløser sykdom. Bare på denne måten kan man gjøre veien mellom basalforskning og klinisk forskning kort.

Rikshospitalet-Radiumhospitalet har som det eneste sykehus i Norge et senter for fremragende forskning i samarbeid med Universitetet i Oslo og har sterke kliniske forskningsmiljøer innen kreft, hjertefag og nevrofag. I tillegg har institusjonen oppnådd ett nytt senter for fremragende innovasjonsrette forskning innenn stamcelleteknologi fra Norges forskningsråd.

Bruk av avansert bildeveiledet teknologi i pasientbehandlingen har økt kraftig de siste tiårene. Disse behandlingsmetodene gjør det mulig å behandle mange sykdommer med

små snitt i kroppen og kort opphold i sykehus. Men det kreves spesiell kompetanse og ofte store investeringer i utstyr. Det er behov for et senter i Norge der man utvikler og kvalitetssikrer nye metoder på en trygg måte, der pasientsikkerhet ivaretas og der effekt og kostnad nytteverdien av nye metoder blir vurdert. Dette vil gjøre det lettere for det enkelte helseforetak å vurdere hvilke metoder de skal satse på og hvordan virksomheten skal planlegges.

Intervensjonscenteret ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet er etablert som et slikt senter der metodeutvikling er skjermet fra rutinebehandling. Spesialutdannet personale sørger for at selv svært eksperimentelle operasjoner kan utføres med stor sikkerhet for pasienten. Alle pasientene blir fulgt opp for å synliggjøre fordeler og ulemper med den nye behandlingen. Erfaringen med å skille utvikling og produksjon også i helsevesenet synliggjør kostnadene ved utviklingen bedre og forstyrrer ikke rutinebehandlingen. Dette skillet gjør det også lettere å vurdere kostnader og kompetansebehov før metoden blir innført som rutinebehandling ved sykehusene.

Den nasjonale helseplanen bør derfor understøtte nasjonale forskningsoppgaver innenfor høyspesialisert medisin og angi prioriteringspolitikk og samtidig påse at infrastrukturelle tiltak spesielt innen IKT og i samhandlingsarenaen mellom nivåene stimuleres.

Med vennlig hilsen

Anne Cathrine Frøstrup
Styreleder

Bjørn Erikstein
Administrerende direktør