

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Vår ref:  
200600246-10/016

Saksbehandler:

Jostein F. Jensen, tlf. 909 72 605

Deres ref:  
200602349-/IMN

Dato:  
26.06.2006

## **Ang. høringsnotat - Nasjonal Helseplan (2007-2010). Høringssvar fra Helse Øst RHF**

Høringen er drøftet i styremøte i Helse Øst RHF 21.06.2006. Etter denne drøftingen avgis følgende høringssvar:

### **1. Anbefalinger / konklusjon.**

Helse Øst RHF arbeider for at vedtatte visjon, verdigrunnlag og virksomhetside skal legges til grunn for all planlegging i Helse Øst.

Helse Øst har valgt Lov om spesialisthelsetjenester og grunntanken i helsepolitikken som sin visjon:

***Helse Øst skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.***

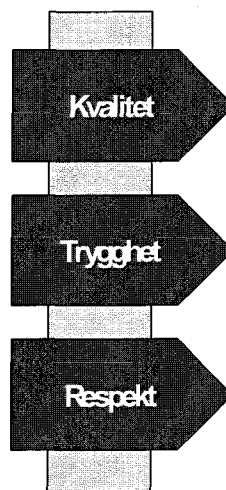
Visjonen bygger på et verdigrunnlag som uttrykkes gjennom:

*Helsetjenesten har ansvar for å ivareta velferdsstatens grunnleggende etikk og moral i tillegg til å forvalte samfunnets ressurser. Helsetjenestens kvalitet måles i møtet med den enkelte pasient og i systemets evne til å finne feil, dokumentere og forbedre.*

*Trygghet og pasientsikkerhet er en del av kvalitetsbegrepet. Skal Helse Øst også for fremtiden oppnå befolkningens tillit må det enkelte menneske respekteres både som ansatt og som bruker.*

*Helse Øst vil drive sin virksomhet verdibasert også i neste tyve års periode. Eier har nedfelt kvalitet, trygghet og respekt som tre kjerneverdier i helsetjenesten. Disse tre verdiene skal prege og danne den verdimessige forutsetning for befolkningens opplevelse av helsetjenesten, tjenestens omdømme og gi grunnlag for tillit.*

#### Nasjonale verdier



#### I Helse Øst betyr dette å ...

- ... vise respekt for enkeltmennesket
- ... være fremtidsrettet
- ... være åpne og ærlige

Helse Øst har definert sin virksomhetside gjennom prosessen med *Helse Øst 2025*:

### **Kvalitetsforbedring gjennom verdibasert endringsledelse**

Ut fra visjon, verdigrunnlag og virksomhetside, og med utgangspunkt høringsnotatet, som gir en tematisk gjennomgang av status og utfordringer som vil være sentrale i den Nasjonale helseplanen, vil Helse Øst RHF gi følgende overordnede innspill:

#### **1. Det er behov for langsiktighet i planarbeidet**

Gjennom Helse Østs langsiktige strategiarbeid har det utkrystallisert seg tre sentrale områder som særlig stiller krav om langsiktighet i tenkning, planlegging og utvikling. Dette er områder som også må belyses i en nasjonal helseplan:

##### Kvalitet

Kvalitetsdimensjonen er en sentral begrunnelse for langsiktig strategiarbeid. Den nasjonale kvalitetsstrategien må legges til grunn og kvalitetsbegrepet må gis et mer

konkret innhold. Dette må bygge på samfunnets føringer, oppfylle lovverkets krav og samtidig, ut fra et faglig perspektiv, gi best mulig tjenester til brukerne. For sosial- og helsetjenesten innebærer god kvalitet at tjenestene:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Det finnes ikke gode kvalitetsmål tilgjengelig for daglig bruk i sektoren. Behandlere og ledere har verken fortløpende eller periodiske data knyttet til for eksempel overlevelse eller andre viktige endemål for kvalitet.

Undersøkelser i utlandet har funnet uheldige hendelser i 4–17 % av alle sykehusinnleggelse. I Norge er det stipulert at uheldige hendelser fører til 2000 dødsfall og 15.000 skader i året. Mer enn halvparten av disse kunne i følge helsepersonellet selv vært unngått. I psykiatrien er det både nasjonalt og internasjonalt liten tradisjon for å registrere uheldige hendelser og tilstander, f.eks. vold, selvmord, medisineringsfeil, oversett komorbiditet og tvangsbruk.

Selv om en ønsker gode og likeverdige helsetjenester er det få standarder innen medisinsk praksis og service kvalitet og lite resultatregistrering og effektmåling. Gjennomgående kvalitetssystemer er under oppbygging og det forventes at pasienter, ansatte og samfunnet for øvrig i fremtiden vil etterspørre pålitelige og sammenlignbare kvalitetsmål og resultatlikeverdig behandling som grunnlag for sine beslutninger. Fokus på pasientsikkerhet og systemkvalitet vil øke og utgjøre en vesentlig faktor i konkurranse om ressurser både innenfor sektoren og i forhold til andre sektorer.

#### Behov og kapasitet

Etterspørselen etter spesialiserte tjenester er en funksjon av forebygging, befolkningens størrelse, sammensetning og sykkelighet, forventninger, oppgavedeling mellom primær og spesialisthelsetjeneste, behandlingsmuligheter og ny teknologi. Det forventes at den samlede etterspørsel vil øke både som et resultat av at antall eldre øker betydelig frem mot 2025 at det forventes vekst innen enkelte områder som den spesialiserte rusomsorgen, innen psykisk helsevern både for barn og voksne, kreft, prehospital medisin og infeksjonssykdommer.

Dette medfører behov for klare prioriteringer og bevisst omfordeling av ressurser i forhold til fremtidens behov. Vektingen mellom de forskjellige fagene vil heller ikke være den samme i fremtiden. Økte behov og nye metoder innen for eksempel rusbehandling, kreftomsorg og rehabilitering gjør at behovet for ressurser til disse feltene endres. Nasjonal helseplan bør legge vekt på å identifisere spesielle områder som krever endret innsats og, på et overordnet plan, ta stilling til ressursbehovet innenfor disse.

På grunn av stadig økende etterspørsel og sannsynligvis tilnærmet uendrede ressursrammer vil det bli et vedvarende behov for prioriteringer på alle nivåer, mellom fagområder og innen fagområdene. For å sikre transparens og reell medvirkning må prioriteringene bli åpne og dokumenterte.

Til tross for økt etterspørsel etter helsetjenester forventes det at dagens samlede sengekapasitet vil være tilstrekkelig også i 2025. Dette vil være mulig gjennom langsiktig styring og utvikling og en betydelig økning i kapasitet for dagbehandling og poliklinisk behandling. Innholdsstyring av tjenestene basert kunnskapsbasert praksis og organisering og riktig prioritering blant annet føre til reduserte liggetider. Fra 2025 og utover vil de store fødselskullene etter 2. verdenskrig melde seg med full tyngde i helsesektoren, og skape ytterligere etterspørsel. Det er også en særskilt utfordring å sikre god utnyttelse av den samlede behandlingsskapasitet i hovedstadsområdet.

#### Økonomisk bærekraft

Norge bruker en stor andel av brutto nasjonal produktet (BNP) på helse. Statistisk Sentralbyrås Helseregnskap 1997-2004 viser at Norge i 2004 brukte 9,9 % av BNP på helse. Bare USA, Sveits, Tyskland og Island har en høyere helseandel av BNP. Målt i kroner per capita ligger Norge på annen plass i bruk av penger til helse. Vesentlige rammeøkninger til helsetjenester forventes derfor ikke.

Spesialisthelsetjenesten utviklet fram til helsereformen et betydelig etterslep i vedlikehold og nyinvesteringer i bygg og utstyr. Samtidig er rammene for kapitalforvaltning ikke kommet på plass. Det forventes at investeringsbehovet ikke kan løses alene gjennom økte offentlige budsjetter men at det må skapes handlefrihet og foretas omdisponeringer innenfor dagens rammer.

Arbeidet med å utvikle Helse Øst 2025 har vist følgende utfordringsbilde:

- Endring krever ledelse. Lederrollen må profesjonaliseres. Ønsket om økt kontroll og styrbarhet ovenfra må balanseres av systematisk kunnskapsutvikling nedenfra. Det må legges til rette for god medvirkning fra medarbeidere og fagforeninger.
- Brukerrollen endres vesentlig. Kunnskap og krav øker i takt med tilgjengelig informasjon. Brukerens ressurser og kunnskap om egen lidelse og situasjon må aktiviseres i behandling og i utforming av tjenestetilbudet.
- Krav til kvalitet og pasientsikkerhet krever dokumentasjon og systematisk oppfølging av behandlingstilbudet. Dette må skje gjennom endret organisering, etablering av gjennomgående kvalitetssystemer, ledelsesforankring, etablering av dokumentasjon så som kvalitetsregistre og utvikling av beste praksis.

- Økonomiske rammer forventes ikke å øke vesentlig. Økt konkurranse stiller større krav til god driftsøkonomi, kapitalrasjonalisering, kostnadskontroll og styring. God driftseffektivitet skal gi handlingsrom for egne prioriteringer.
- Eldrebefolkningen og omfanget av kroniske sykdommer øker. Helsetjenesten må fremstå helhetlig og det må samhandles bedre på alle nivåer. Lokalbaserede helsetjenester må utvikles ved desentralisering, ny teknologi og forebygging.
- Det kreves åpne og reelle prioriteringer. Endring og innføring av nye arbeidsmetoder og organisering må skje med utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis.
- Medisinske fremskritt innebærer etiske valg og krav om prioritering. Innføringen av teknologi, metoder og organisering av arbeid og tjenester må styres.
- Personell vil være den sterkeste kapasitetsmessige begrensning. Tilstrekkelig utdanningskapasitet og gjennomgående tverrfaglighet må sikres. Rekruttering og jobbinnhold tilpasses livsfasene. Forskning må sikres.
- Forebygging kan gi øket livskvalitet og redusere sykkelighet og etterspørsel av tjenester frem mot 2025. Tidlig identifikasjon av sykdom og utvikling av nye arbeidsmetoder gir større mulighet til kompetanseoverføring til pasientene og samhandling med kommunehelsetjenesten. Andelen kurativ medisin vil sannsynligvis synke mens forebyggende og palliativ medisin vil øke.
- Det er store behov for vedlikehold og omstrukturering av bygningsmasse. All arealbruk forutsetter helhetlig og overordnet strategisk styring. Det er betydelig potensial endringer i åpningstider, pasientforløp og endret funksjonsfordeling.

## **2. Frihet i utforming av styringsmodell.**

Det må legges til grunn at de regionale helseforetakene har frihet til selv å kunne utforme styringsmodell og velge hensiktsmessige virkemidler for å nå målene i helsepolitikken.

Årlig melding 2005 for Helse Øst redegjør for planelementer, strategier og vedtak innenfor de områder som omfattes av Helse Østs ansvar. Styringsmodellen slik den er utformet i Helse Øst er dokumentert som en god modell til å styre virksomheten og oppnå drift i balanse. Dette har gitt handlingsrom for prioritering, forbedrings- og utviklingsarbeid og er grunnleggende for innholdsstyringen i forhold til tjenestene.

## **3. Gjeldende ordninger for kapitalfinansiering bør vurderes i et nasjonalt perspektiv**

Dagens ordning for kapitalfinansiering stiller strenge krav til kapitalrasjonalisering og arealeffektivisering. Helse Øst står overfor store utfordringer for å sikre en

bærekraftig utvikling når kapitalkostnadene ved de store prosjektene som etter hvert tas i bruk innen 2008 skal betjenes. Avvik mellom årlige avskrivninger og mottatte avskrivningstilskudd øker årlig og størstedelen av de økte kapitalkostnadene må tas gjennom effektivisering av driften. På bakgrunn av dette, og de gjeldende finansieringsordningene for nyinvesteringer, har Helse Øst begrensede muligheter for nybygginger i de nærmeste årene. Samtidig er det under utvikling planer for større bygningsmessige investeringer i flere helseforetak. Særlig Sykehuset Østfold og i Sykehuset Innlandet foreligger planer med stor grad av konkretisering.

Siden det ved den statlige overtagelsen av sykehusene var registrert store vedlikeholdsetterslep som krever betydelige investeringer, vil det med dagens regime være umulig å komme à jour. Vedlikeholdsetterslepet er per i dag er beregnet til om lag 4 mrd. kroner. I tillegg øker gapet mellom årlige avskrivninger og mottatte avskrivningstilskudd/korrigeringer årlig. Årsaken til dette er bl.a. at den årlige korrigeringen av strukturfond og levetid blir mindre og mindre for hvert år. Det vil derfor være ønskelig med avhending av ukurante bygg, for derigjennom å redusere arealene og oppnå en mer effektiv drift.

Flere av de potensielle avhendingsobjektene må erstattes med nybygg som mer effektivt støtter opp om kjernevirksomheten, men det totale arealet bør likevel reduseres.

Dette betinger en stram og overordnet styring, hvor prioriteringer, samordning og planlegging blir sentrale virkemidler. Organiseringen av bygg og eiendomsforvaltningen blir en viktig forutsetning for å lykkes med dette. Innenfor feltet arealstruktur og arealplanlegging kan det særlig utnyttes de fordelene det er å ha en regional overordnet styring.

#### **4. Øvrige tema av stor betydning i nasjonal helseplan**

Nasjonal helseplan må medvirke til å skape langsiktighet og forutsigbarhet i forhold til dagens organisering og eksisterende styringsmodell. I arbeidet videre må derfor følgende tema drøftes og klargjøres:

- Betydningen av ledelse som en avgjørende forutsetning for endring og kvalitetsheving
- Nødvendigheten av mål og styring i forhold til fortsatt reduksjon i gjennomsnittlig liggetid og økte åpningstider for dagbehandling og poliklinisk virksomhet
- Forutsetningen om en fortsatt sterk offentlig helsetjeneste og det private tjenestetilbud som et begrenset supplement
- Den offentlige helsetjenestens samarbeid med andre forvaltningsinstanser og med frivillige organisasjoner
- Fremtidig utvikling i form av arbeidsdeling og konkurranse både innen regionen, mellom regionene og internasjonalt. Herunder fortsatt funksjons- og oppgavefordeling og lokalsykehusenes fremtidige rolle

- Ansvarsdeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og videreutvikling av kommunehelsetjenesten
- Behovet for forutsigbarhet og langsiktig planlegging av ressursbruk og økonomiske rammer
- Behovet for tilstrekkelig finansiering av nye oppgaver når disse tildeles
- Betydningen av forebyggende satsing fra spesialisthelsetjenesten
- Bedret utnyttelse av den samlede behandlingsskapasitet i hovedstadsområdet
- Utviklingen innen infeksjonsområdet og hvilken betydning dette vil ha for drift og organisering av sykehusene i fremtiden
- Behovet for god beredskap, både i forhold til katastrofesituasjoner, evt svikt i forsyningssituasjonen og for uforutsette bortfall av basis infrastruktur i sykehusene

### **3. Faktabeskrivelse:**

#### **3.1. BAKGRUNN**

Helse- og omsorgsdepartementet har fremlagt et høringsnotat knyttet til Nasjonal helseplan (2007-2010). Høringsnotatet er ikke noe utkast til endelig plan, men gir en tematisk gjennomgang av status og utfordringer som vil være sentrale i den Nasjonale helseplanen for perioden 2007-2010. Høringsnotatet sendes på en bred høring for at høringsinnspillene skal kunne påvirke planens endelige innhold.

Departementet inviterer til innspill på valg av temaer og problemstillinger, herunder:

- Er det andre forhold som bør trekkes fram i omtalen av status?
- Er det lagt vekt på de mest sentrale utfordringene?
- Hva bør stå sentralt i de strategier og tiltak som skal møte utfordringene?
- Hvilke prosesser bør gjennomføres før strategier og tiltak besluttes?

#### **3.2. PROSESSEN I HELSE ØST**

Internt i Helse Øst er denne høringen videreformidlet for innspill fra de enkelte helseforetak, private sykehus som samarbeider med Helse Øst, regiontillitsvalgte og brukerråd. Innspille fra disse er samordnet og innarbeidet i uttalelsen. For ordens skyld er uttalelse fra de regiontillitsvalgte og Brukerrådet i Helse Øst tatt inn som vedlegg til høringssvaret fra Helse Øst.

#### **3.3. KOMMENTARER TIL HØRINGSNOTATET**

##### **3.3.1. Behov for langsiktighet**

De planene som utvikles nå må ikke bare ta inn over seg utviklingen i et kort fremtidsperspektiv, men også ta hensyn til mulig utvikling lengre frem i tid. Uten en

slik tilnærming er faren stor for at fremtidens tjenester planlegges ut fra gårsdagens problemstillinger. Med dette som utgangspunkt vil Helse Øst henvise til det arbeidet som er gjennomført om utviklingen av *Helse Øst 2025*. I dette strategidokumentet pekes det på en rekke langsiktige utfordringer.

Blant disse er brukermedvirkning fra pasienter og pårørendes i utforming av tjenestene på alle nivåer. Dette er et nytt felt der få metoder er ferdigutviklet. Brukermedvirkning bør derfor inn som et sentralt fokusområde i Nasjonal helseplan.

På grunn av stadig økende etterspørsel og sannsynligvis tilnærmet endrede ressursrammer vil det bli et vedvarende behov for prioriteringer på alle nivåer, mellom fagområder og innen fagområdene. For å sikre transparens og reell medvirkning må prioriteringene bli åpne og dokumenterte. Nasjonal helseplan bør ta opp denne typen problemstillinger sett i lys av kunnskapsbaserte anbefalinger for innføring av nye behandlingsmetoder og behovet for retningslinjer for retten til nødvendig helsehjelp.

Det vises for øvrig til omtale under pkt. 1.

### **3.3.2. Innspill til høringsdokumentet**

#### ***Del II Felles utfordringer i helsetjenesten***

##### *Utfordringer for folkehelsen – forebygging*

- Forebyggingsperspektivet vektlegges. Spesialisthelsetjenestens kunnskap og kompetanse må utnyttes bedre i forebyggingsarbeidet
- Temaet sosial ulikhet i bør utdypes
- Det vil være naturlig men en utdyping av verdien av egenmestring og strategier for dette
- Det etter hvert en ganske stor innvandrerbefolkning, bl.a. 1. generasjons innvandrere som blir eldre og trenger helsehjelp, samt at en del sykdommer forekommer mer hyppig i innvandrerbefolkningen. Det er økt behov for kulturell forståelse og språk/tolk.
- Mennesker med funksjonshemninger og utviklingshemninger lever lenger og får "vanlige" problemer som kan følge av aldring, bl.a. demensproblematikk.

##### *Strategi for kvalitet og prioritering*

- Kvalitet og prioritering handler også om hvilke lidelser eller tilstander man velger å sikre befolkningen et grunnleggende tilbud på
- Det bør etableres et gjennomgående krav til systemkvalitet, pasientsikkerhet og kontinuerlig kvalitetsforbedring
- Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten bør koples opp til Internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten og veilederen "Hvordan holde orden i eget hus". Det er behov for en koordinering av tilsynsaktiviteten slik at læring og forbedring oppnås. Nasjonal kvalitetsstrategi bør operasjonaliseres gjennom de regionale kvalitetsstrategiene. Fokus på systemkvalitet, pasientsikkerhet og ledelse må tydeliggjøres. Det bør utvikles et



uavhengig kunnskapssenter som kan gjøre nasjonale kunnskapsoppsummeringer som danner grunnlag for nasjonale og regionale anbefalinger ref. høringsuttalelse fra Helse Øst på prioriteringsrapporten fra Helse Nord. Prioritering må skje åpent og være en forpliktelse på alle nivå, både vertikalt innen fag og mellom fagområder. Ledelsesinformasjon om prioritering og konsekvenser må sikres gjennom nasjonale målesystemer (utvikling NPR)

- Helhetlig kvalitetssystem med internkontrollkrav fra alle 11 tilsynsmyndigheter bør være nevnt som minstekrav for styring/ledelse.

#### *Strategi for samhandling*

- Det er positivt at høringsnotatet gjennomgående og tydelig viser at samhandling er en ufravikelig forutsetning for å skape god kvalitet i helsetjenesten. Nasjonal helseplan bør så langt mulig også ta stilling til grenseoppgangen mellom tjenestenivåenes ansvarsområder for å lette samhandlingen.
- I spesialisthelsetjenesten er det en særlig oppgave å styrke intern samhandling, utvikle økt tverrfaglighet og å bedre logistikken slik at pasientene i større grad opplever tjenestetilbudet som sammenhengende og helhetlig. Det er viktig at tjenesteytere pålegges å etablere gode systemer og rutiner for å sikre at alle som har behov for det, får tilbud om individuell plan.
- For at samhandlingen skal bli reelt forbedret, er det helt vesentlig at innholdet i grunn- og videreutdanningen av helsepersonell endres og styrkes.
- Nasjonal helseplan bør inneholde mer om hvordan oppgave- og funksjonsdeling best kan finne sted mellom disse nivåene og åpne for felles ledelse-, organisasjon- eller eierstrukturer.
- Økonomiske incitamenter for samhandling mellom 1. og 2 linjetjenesten
- Nasjonal helseplan bør inneholde beskrivelse av strategier for samhandling i forhold til private aktører.
- Det stilles store krav til samordningen mellom Nasjonal helseplan og oppfølgingen av Wisløff-utvalget.
- Opplæring av pasienter og pårørende må tydeliggjøres, herunder
  - Egenmestring, å bidra til å sette pasientene i stand til å ta ansvar for egen helse
  - Tettere samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene om pasientopplæring
  - Kommunehelsetjenestens ansvar for pasientopplæring/mestringstilbud
  - Aktivt samhandling med brukerne og deres organisasjoner om opplæring av pasienter etter LMS-prinsippet både i spesialisthelsetjenesten og på kommunalt nivå.

#### *Psykisk helse*

- Særlig innen psykisk helsevern og rusbehandling er det viktig å utvikle samhandlende behandlingsskjeder på tvers av nivågrensene. Mange brukere vil ha sammensatte problemstillinger innen somatikks rus og psykisk helsevern
- Nasjonal helseplan bør fokusere på de utfordringene kommunene har med blant annet å etablere et tilstrekkelig antall bemannede boliger innen psykisk helsevern og rus.
- Tilbudet innen psykisk helsevern til det økende antall spesielt krevende pasienter som kan representere en fare for seg selv eller andre må forbedres kvalitativt og kvantitativt. Helse Øst har overfor eier tatt initiativ til en faglig vurdering i nasjonal sammenheng gjennom foretaksmøte i 2005.

- Det må rettes oppmerksomhet mot barn med syke foreldre. Likeledes bør støtte rundt foreldre med syke barn både somatiske og psykiske sykdommer omtales
- Behovet for samordningstiltak av feltene somatikk, rus og psykisk helse bør omhandles
- Det er ønskelig med en nasjonal plan for reell modernisering av psykisk helsevern med omlegging til moderne, desentralisert behandling "ad modum Vestfold"
- Arealmessig bør utviklingen i større grad bygge på fastsatte arealnormer og det må være rom for å sanere uhensiktsmessig bygningsmasse.
- Rusfeltet er lite eller ikke behandlet i høringsnotatet. Dette er et fagområde i sterk utvikling som vil kreve økt ressursinnsats i fremtiden, som derfor bør belyses bedre i Nasjonal helseplan. RHFene har tidligere påpekt behovet for en nasjonal opptrappingsplan på dette feltet.

#### *IKT i helsetjenesten*

- Nasjonal helseplan må ta hensyn til og ivareta at IKT vil være en viktig premissegiver i arbeidet med å videreutvikle helsetjenestene i Norge.
- IKT vil være understøttende og premissegiver for måloppnåelse innen de rammer som er skissert i høringsnotatet.
- Nasjonal helseplan skal peke på behovet for kvalitetsforbedring og utvikling av registrering og indikatorarbeid. Dette er arbeid som ikke vil kunne gi effekt uten vesentlig IKT støtte og prosessutvikling.
- Som et sentralt element i Nasjonal helseplan bør utvikling og bruk av Norsk Helsenett styres på en slik måte at sammenhengen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten styrkes. Videre utvikling av EPJ vil stille store krav til prosessforståelse og utvikling av kjerneprosesser.
- I utvikling av elektronisk samhandling/pasientinformasjon må brukermedvirkning ivaretas
- Utvikling av elektroniske systemer som forenkler brukernes muligheter for oversikt over og medvirkning i egne behandlingsforløp bør prioriteres.

#### *Forskning for bedre helse*

- Det er viktig at forskning og utvikling av forskningsbasert beste praksis også gis en sentral plass i Nasjonal helseplan.
- Det er viktig med forskning på samhandling og utvikling av samhandlingskompetanse i forbindelse med grunn- og videreutdanningene. Det må sikres at forskning er relevant for pasienttilbudet og at det er brukermedvirkning i prioritering av forskningsområder

#### *Tverrfaglige satsninger, handlingsplaner og strategier*

- Det er viktig at Nasjonal helseplan omtaler hvilke områder og strategiske føringer og prioriteringer som skal følges opp.
- Helse Øst vil forsette å ta initiativ til interregionalt samarbeid og bidra til nødvendig koordinering av aktivitetene. Det anmodes om at departementet balanserer sine samordningsaktiviteter i forhold til de regionale helseforetakene selvstendige ansvar for å løse sine oppgaver.

### **Del III Kommunale helse- og sosialtjenester**

- I dag vanskeliggjøres samhandlingen av at spesialisthelsetjenesten må forholde seg til uforsvarlig store ulikheter mellom kommunene, både i organisering og utbygging av kommunale tjenester.
- En tilsvarende mangel på styring eksisterer for fastlegeordningen.

### **Del IV Problemstillinger rettet inn mot spesialisthelsetjenesten**

#### *Organisering og styring*

- Det må legges til grunn at de regionale helseforetakene har frihet til selv å kunne utforme styringsmodell og velge hensiktsmessige virkemidler for å nå målene i helsepolitikken. Årlig melding 2005 for Helse Øst redegjør for planelementer, strategier og vedtak innenfor de områder som omfattes av Helse Østs ansvar. Styringsmodellen slik den er utformet i Helse Øst er dokumentert som en god modell til å styre virksomheten og oppnå drift i balanse i sykehusene. Dette har gitt handlingsrom for prioritering, forbedrings- og utviklingsarbeid og er grunnleggende for innholdsstyringen i forhold til tjenestene.

#### *Kapasitet og struktur*

- Det forventes at fremtidig behov for sykehussenger ikke vil øke utover dagens nivå. Det kan også synes å være rom for betydelig en kapasitetsutvidelse ved å øke utnyttelsesgraden av operasjonsrom og poliklinikker og systematisk arbeide for å få ned liggetiden.
- Dette betinger imidlertid en stram og overordnet styring, hvor prioriteringer, samordning og planlegging blir sentrale virkemidler. Organiseringen av bygg og eiendomsforvaltningen vil også være en viktig forutsetning for å lykkes.
- Kapasiteten, hvor mange pasienter som kan behandles per år i de ulike deler av virksomheten, bestemmes av flere faktorer som bygningsmessig kapasitet (sengeplasser, operasjonsstuer, laboratorier, undersøkelses- og behandlingsrom osv), utstyr, personell og organisering av virksomheten både internt i spesialisthelsetjenesten og i forhold til primærhelsetjenesten
- Det er viktig at det også på nasjonalt nivå utredes tiltak for en styrt utvikling av samlet behandlingsskapasitet. Helse Øst vil i denne sammenheng søke å utvikle planer og tiltak for å redusere gjennomsnittlig liggetid og å øke åpningstiden for dagbehandling og poliklinisk virksomhet. En vil også arbeide videre med tiltak for en bedre samhandling med Helse Sør RHF for å sikre god utnyttelse av den samlede behandlingsskapasitet i hovedstadsområdet.

#### *Investeringer*

- Helse Øst står overfor store utfordringer med å betjene kapitalkostnadene ved de store prosjektene som etter hvert tas i bruk innen 2008. Størstedelen av de økte kapitalkostnadene må tas gjennom effektivisering av driften.
- Siden det ved den statlige overtagelsen av sykehusene var registrert store vedlikeholdsetterslep som krever betydelige investeringer, vil det av samme grunn være vanskelig å komme à jour. Vedlikeholdsetterslepet er per i dag

beregnet til om lag 4 mrd. kroner. Det vil derfor være ønskelig med avhending av ukurante bygg, for derigjennom å redusere arealene og oppnå en mer effektiv drift.

- På bakgrunn av dette, og de gjeldende finansieringsordningene for nyinvesteringer, har Helse Øst per i dag svært begrensede muligheter for nybygginger og store vedlikeholdsprosjekter i de nærmeste årene.
- Flere av de potensielle avhendingsobjektene må erstattes med nybygg som mer effektivt støtter opp om kjernevirksomheten, men det totale arealet bør likevel reduseres.
- Avvik mellom årlige avskrivninger og mottatte avskrivningstilskudd/korrigeringer øker årlig. Årsaken til dette er bl.a. at den årlige korrigeringen av strukturfond og levetid blir mindre og mindre for hvert år.

#### *Lokalsykehus*

- Lokalsykehusbegrepet er ikke entydig og kan muligens erstattes med begrepet lokalbasert spesialisthelsetjeneste. Nasjonal helseplan bør omfatte en bredere analyse langs dimensjonen sentralisering/desentralisering og en vurdering både i forhold til geografi og innhold.
- Helse Øst understreker behovet for fleksibilitet, og ser en utfordring i å følge opp disse forslagene, selv om mange av dem passer godt med våre planer for lokalbaserte spesialisthelsetjenester.

#### *Utdanning av helsepersonell*

- Kapitlet om utdanning handler mest om struktur og organisering, og må utdypes med behovet for innholdsendring i alle helsefaglige helseutdanninger.
- Kompetent personale er viktig, men kompetansen må stemme overens med behovene.
- Utredning og drøfting av fremtidig utdannings- og kompetansebehov bør ha et langt dristigere anslag og ikke avgrenses til referering av historie og beskrivelse av dagens strukturer.
- Nasjonale prognoser og perspektivanalyser av utdanningsbehov har vært et savn innen spesialisthelsetjenesten.
- En viktig fremtidig satsing er opplæring av pasienter og pårørende. Dette er en utfordring i seg selv, men vil også stille krav til utdanningen av det helsepersonell som skal ta del i opplæringen.

### **3.3.3. Evalueringsrapporter om helseforetaksreformen**

I vedlegg 1 gis mer utdypende kommentarer og innspill til MA og NIBR-rapportene.

Fra Helse Øst understrekes viktigheten av at de regionale helseforetakene har frihet til selv å kunne utforme styringsmodell og velge hensiktsmessige virkemidler for å nå målene i helsepolitikken.

#### **4. Vurderinger:**

Det er positivt at en vil utarbeide en Nasjonal helseplan. Det er viktig å tenke langsiktig i utformingen av tjenestetilbudene.

Det generelle inntrykket av den tematiske gjennomgangen av status og utfordringer som vil være sentrale i den Nasjonale helseplanen for perioden 2007-2010 er at dokumentet er analytisk og løsningsorientert, preget av mange gode vurderinger og forslag til tiltak. Det gjenstår ennå mye arbeid for at planen skal få en helhet og sammenheng, med en balansert vektning av elementene.

Totalvurderingen er at alle sentrale utfordringer er nevnt, men utkastet vektlegger dem svært ulikt. Det kan være uttrykk for en reell prioritering, men når det for deler av den tematiske gjennomgangen også dreier seg om beskrivelsen av status og selve analysene, tyder det på at omtalen av planens elementer enda ikke er vurdert opp mot hverandre.

En vil også peke på at Helse Øst også deltar i utarbeidelse av konkrete fellesregionale innspill til planarbeidet. Det er Helse Østs ønske og intensjon å være en aktiv og konstruktiv samarbeidspartner i arbeidet de nasjonale helsemyndigheter legger opp til.

Med vennlig hilsen  
Helse Øst RHF



Bente Mikkelsen  
adm. direktør

#### **Vedlegg:**

1. Kommentarer til evalueringsrapporter om helseforetaksreformen
2. Utdypende kommentarer til Høringsnotat - Nasjonal helseplan (2007-2010)
3. Innspill nasjonal helseplan fra regiontillitsvalgte
4. Innspill nasjonal helseplan fra Brukerrådet i Helse Øst
5. Utdrag av protokoll, Styremøte i Helse Øst RHF 21. juni 2006: Sak nr 044-2006  
Helse Øst 2025 - Høringsdokument
6. Helse Øst 2025 - Høringsdokument (Sak nr 044-2006)

#### **Til orientering medsendes også:**

1. Strategi 2025: Rapporter fra temaområdene
2. Helse Øst 2025: Arealplanlegging og struktur i Helse Øst
3. Scenarier Helse Øst 2025: Betydning for bygg og eiendom