



SØR-VARANGER KOMMUNE
«Sse_Navn»

Helse og omsorgsdepartementet

Vår ref.: Arkivkode: K2- Saksnr.: 11/110/2	Deres ref.:	Dato: 20.01.2010
Saksbehandler: Bente Larssen	Direkte innvalgsnr.: Tlf.: 78 97 74 12 Faks: 78 99 22 12	Epostadresse: postmottak@svk.no

**HØRING PÅ FORSLAG TIL NY LOV OM KOMMUNALE HELSE OG
OMSORGSTJENESTER OG NY FOLKEHELSELOV**

Vedlagt følger høringsuttalelse fra Sør-Varanger kommunestyre, behandlet i møte 18. januar.

Med vennlig hilsen

Bente Larssen
rådmann

Sør-Varanger kommunes høringssvar:

Ny folkehelse lov.

Et tydelig lovverk som definerer og lovfester kommunene som hovedaktør synes helt nødvendig med følgende begrunnelse:

- ✓ Forebyggende helsearbeid blir ikke etterspurt av de som trenger det mest
- ✓ Konsekvensene av å unnlate forebyggende helsearbeid er vanskelig å måle og følgelig lett å unnlate å registrere.
- ✓ Kommunene og foretakene lar seg styre av pressgrupper som er lite opptatt av forebyggende helsearbeid det være seg pressgrupper med fokus innen næringsutvikling eller sykdomsbehandling.
- ✓ Effekten av generelt helsefremmende arbeid kommer først om 20-40 år. Kostnadene kommer nå. Folkehelsearbeidet trenger et tydelig lovverk i ryggen for å sikres tilstrekkelig styrke i kampen om knappe felles ressurser.
- ✓ Til nå har mye av det forebyggende helsearbeid manglet et tilstrekkelig forskningsbasert kunnskapsgrunnlag mht til hvilke faktorer som påvirker folkehelse, hvilke tiltak som gir effekt og ikke minst de samfunnsmessige kostnader ved å la være å løse problemene knyttet til folkehelse på et forebyggende plan.

Rollefordeling:

Ny folkehelselov gir hele kommunen og ikke helsetjenesten alene et felles ansvar for folkehelsearbeidet hvor alle sektorer får plikt til å iverksette nødvendige tiltak overfor kjente utfordringer som kan påvirke folkehelsen i kommunen. Dette er en viktig og riktig styrking av folkehelsearbeidet – de fleste faktorer som påvirker folkehelsen ligger på områder utenfor helsetjenestens virkefelt/påvirkningsmulighet.

Utfordring:

§5 "Kommunen skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne"

- Det må vektlegges at loven sier *skal*. Kommunen kan således ikke unnlate å lage en oversikt.
- Det må også påpekes at det angis at dette skal skje *til enhver tid*. Det betyr at denne oversikten hele tiden må oppdateres.
- I tillegg brukes ordet *kan* om positive og negative faktors forhold til helsen. Man skal således ivareta "føre-var"-prinsippet.

Dette er en paragraf som fordrer at kommunen har tilgang på samfunnsmedisinsk kompetanse med tilstrekkelig tid til å gjøre dette arbeidet.

Kravet til samfunnsmedisinsk kompetanse blir enda tydeligere når man også slår fast at oversikten skal være *skriftlig* og *identifisere* helseutfordringene i kommunen, konsekvenser og årsaksforhold.

Denne paragrafen fordrer tilgang til kvalitetssikrede data både fra statlige helsemyndigheter og fra fylkeskommunen. Samtidig er en forutsetning for slik oversikt også systematisk, målrettet og kvalitetssikret informasjon fra fastlegene og andre aktører innen helsetjenestene i kommune. De journalsystemer som i dag er i bruk innen allmennlegetjenesten tilfredsstiller ikke disse kravene. Det er heller ingen tradisjon for at fastleger rapporterer denne type data og gjennomføring vil medføre en betydelig satsning både på system og opplæring/holdning/motivasjon i allmennlegetjenesten.

Tilsvarende krav til system og rapporteringsrutiner gjelder også for andre kommunale tjenester som for eksempel helsesøstertjenesten, pleie- og omsorgstjenester, plan- og utvikling med flere.

Kravet til oversikt er ikke nytt – men verken stat, fylkeskommune eller kommunene har til nå klart å fremskaffe den type data som etterspørres. Vi ser en betydelig utfordring mht. hvorledes de ansvarlige aktører i folkehelsearbeidet vil kunne løse dette uten en *betydelig styrking* av egen kompetanse innen områder som datainnsamling, systemutvikling, samfunnsmedisinsk innsikt og forståelse av kommunal virkelighet. Det må etableres levende kunnskapsmiljøer på tvers av forvaltningsnivå som evner å omsette den innsamlede informasjon i praktisk handling.

Krav til samarbeid, helseovervåkning og statistikk i lovforslaget vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader det ikke er tatt høyde for i høringsnotatet. De økte kravene som stilles på folkehelseområdet medfører merkostnader for kommunene/fylkeskommunene både ressurs- og kompetansemessig.

Ny Lov om kommunale helse og omsorgstjenester.

INNSPILL TIL ENKELTPARAGRAFER I NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER:

TIL LOVFORSLAGETS § 1-1 PKT. 5

I § 1-1 nr 5 heter det at loven har som særlig formål blant annet å "*sikre økt samhandling...*". Vi vil foreslå at ordet "økt" erstattes med ordet "god" da vi mener dette er mer i tråd med overordnede målsettinger både for lovarbeidet og arbeidet med nasjonal helse- og omsorgsplan.

TIL LOVFORSLAGETS § 4-1PKT B

I § 4-1 pkt b innføres en ny plikt for kommunene der: *helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter denne lov skal være forsvarlige. Herunder skal kommunen tilrettelegge sine tjenester slik at...*

b) den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud og...

Et *verdig* tjenestetilbud foreslås videre å gjøres til en rettighet ved en samtidig endring i pasientrettighetslovens § 2-1a der nytt 3. ledd lyder: *Pasient og bruker har rett til verdig tjenestetilbud i samsvar med lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 4-1 annet ledd bokstav b.*

Vi er sterkt kritiske til innføring av "verdig" som et rent subjektivt begrep i lovtekster. Hvem avgjør hva som er en verdig tjeneste? Pasienten selv, pasientens pårørende, helse-, sosial- eller omsorgsarbeideren, det til enhver tid sittende kommunestyre eller det regjerende stortingsflertall? Etter vår oppfatning er dette en ikke operabel parameter.

Etter vårt skjønn er "faglig forsvarlig" et mer enn tilstrekkelig og etterprøvbart begrep som kan operasjonaliseres med basis i en allmenn faglig konsensus i nasjonale og internasjonale fagmiljø og academia.

TIL LOVFORSLAGETS § 4-2

§ 4-2 omhandler pasientsikkerhet og kvalitet.

Vi vil sterkt understøtte en overføring av ansvaret for håndtering og oppfølging av avviksmeldinger knyttet til ytelse av spesialisthelsetjenester fra Helsetilsynet og til Kunnskapssenteret. Slik endringen bør også gjøres gjeldende for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Sør-Varanger kommune synes det er positivt at perspektivet endres fra et systemperspektiv til et brukerperspektiv, uten at det ene utelukker det andre.

Til lovforslagets § 5-4

§ 5-4 omtaler krav om politiattest for ansatte som skal arbeide med barn og utviklingshemmede.

Det bør stilles krav til politiattest for alle ansatte som jobber med mennesker med kognitiv svikt, for eksempel demente, da disse ansees å være særlig sårbar og utsatt.

TIL LOVFORSLAGETS § 6-4

Av § 6-4 fremgår det at Helsedirektoratet skal være mottaker av alle samarbeidsavtaler mellom kommuner og RHF/HF. Det er vanskelig å forstå nytten eller behov for en slik lovparagraf. Et statlig styringsorgan, som selv ikke er part i eller har myndighet i forhold til de respektive samarbeidsavtalene, verken trenger eller kan nyttiggjøre seg en slik detaljoversikt etter vårt syn.

Myndighet som er foreslått gitt til kommunene

Det er flere forslag i høringsnotatet som vil forsterke kommunenes myndighet samt andre forslag som svekker kommunesektorens stilling vis a vis staten.

Det kan være vanskelig å se hva som er den nye kommunerollen, men høringsnotatet tydeliggjør og forsterker til en viss grad kommunens ansvar og plikter spesielt for forebygging, samordning og oppfølging av allmennlegetjenesten.

Tydeliggjøring av kommunens overordnet ansvar for fastlegeordningen bør nedfelles i forskrift.

Det vil være viktig i det videre arbeidet å vurdere hvilke forutsetninger som må være på plass for at kommunene kan ivareta sitt økte ansvar. Høringsnotatet omgår ressursproblematikken.

Skal kommunen klare å gjennomføre sin del av denne reformen må kommunen få tid til å bygge opp nødvendig kompetanse og få overført tilstrekkelige midler.

Nye oppgaver og plikter som er foreslått for kommunene

For å sikre en god oppgavefordeling bør de største pasientforløpene mellom kommunen og helseforetaket gjennomgås, for å kartlegge hvilke forutsetninger som må på plass for en vellykket overføring av pasientforløp fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dette gjelder særlig psykiatri, rus og rehabilitering.

Kommunehelsetjenesten bør organisere et øyeblikkelig hjelp døgntilbud til pasienter som midlertidig trenger økt behandling, pleie og omsorg i hjemmet eller i sykehjem. Kommunene må selv bestemme hvordan dette tilbudet skal organiseres.

Det bør ikke lovfestes en plikt for kommunen til å etablere et slikt tilbud men være et frivillig for den enkelte kommune basert på kommunestørrelse, tilgang på kompetanse, osv.

Hvordan er ansvarsfordelingen med hensyn til oppgaveløsning og beslutningskompetanse:

Det er behov for en tydeligere ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenestens og kommunehelsetjenesten. Ansvarsfordelingen bør angis nærmere i forarbeidene til loven, og om mulig også klarere i selve lovteksten.

Hvor det oppstår uenighet om ansvarsfordelingen, bør uenigheten avgjøres av et uavhengig tvisteløsningsorgan.

Kommunen vil gå i mot at HOD ensidig kan fastsette ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten eller gi hjemmel til å pålegge kommunene å samarbeide.

Kommunen vil i forhold til folkehelse selv være i stand til å etablere fornuftige løsninger, i samarbeid med fylkeskommunene. Dette samarbeidet kan skje igjennom inngåelse av avtaler, og basert på kommunens behov for oversikt over egen befolkning.

Bruk av avtaler mellom kommuner og foretak

Vi stiller et spørsmålstegn ved hensiktsmessigheten av en slik detaljregulering til utforming av samarbeidsavtalen. Vi ser at en slik detaljregulering i lovs form kan komme i konflikt med ønsket om velfungerende avtaler tilpasset lokale forhold og behov (avstand, geografi, demografi, sykkelighet i befolkningen, tilgang på kvalifisert helsepersonell mm). Vi oppfatter dette langt på vei som en underkjennelse av de respektive fagmiljøers evne til å utforme gode samarbeidsavtaler.

Innspill til hva som bør inngå i en samarbeidsavtale hører etter vårt syn hjemme i en veileder og ikke i lovtekst.

Til kravene i avtalen er vi kritiske til bruken av begrepet *unødvendige innleggelser i sykehus* slik det fremkommer i pkt. 3

Ved innleggelse i sykehus er dette en beslutning som tas av innleggende og mottaende lege i fellesskap etter en grundig vurdering mht. nødvendighet ut ifra pasientens helsetilstand og videre behov for utredning/observasjon/behandling. Retrospektive vurderinger, når fasit er kjent, er uegnede til å vurdere nødvendighet på innleggelsestidspunktet.

I den grad en med pkt 3 sikter til innleggelser for ytelse av helsetjenester som en gjensidig mener kunne vært like godt eller bedre håndtert av en velfungerende primærhelsetjeneste, vil dette kunne fanges opp under pkt 1 og 2 i form av klare og tydelige avtaler som avklarer hvilke helsetjenester som skal ytes hvor og av hvem basert på kunnskap om lokale forhold.

Det er viktig å understreke behovet for en dynamisk avtale som gir rom for å fange opp endringer i kommunens mulighet for å gi faglige forsvarlig helsetjenester. Dette på bakgrunn av hva kommune og helseforetak erverver, besitter eller mister av vesentlig kompetanse eksempelvis spesialist- og allmennlegetjenester, sykepleie- og jordmortjenester, fysio- og ergoterapi med mer. Dette for å sikre at pasientene til enhver tid har tilgang til en faglig forsvarlig helsetjeneste.

Det bør etableres nasjonale tvisteløsningsorganer, hvor modellen som er brukt innen barnevern kan danne utgangspunkt for tilsvarende modell innen helse- og omsorgsektoren. Dette organet må kunne treffe beslutninger om ansvarsfordelingen mellom stat og kommune, hvordan inngåtte avtaler mellom foretak og kommuner skal tolkes, tvister om utskrivningsklare pasienter, mv. Staten og kommunesektoren bør oppnevne like mange representanter til et slikt organ. For å sikre reell likeverdighet mellom stat og kommune, bør leder av organet oppnevnes av kommunesektoren.

Departementet har foreslått at partene lokalt kan avtale tvisteløsningsordninger. Sør-Varanger kommune støtter at partene også lokalt kan avtale løsninger for megling og avgjørelse, men ser behov for en sentral tvisteløsningsordning som foreslått ovenfor. Dette for å sikre tilstrekkelig kompetanse i et tvisteløsningsorgan, at avgjørelsene faktisk etterleves, og også for at avgjørelser fra et nasjonalt tvisteløsningsorgan vil kunne gi bedre presedensvirkning.

Det antas at foretak og kommuner i mange tilfeller vil inngå avtaler hvor man tar utgangspunkt i en mal/standard, og øvrige foretak og kommuner vil da kunne ha interesse i en avklaring av rettsspørsmål fra et sentralt tvisteløsningsorgan. Det enkelte foretak og kommune bør kunne velge å bringe inn en sak til et nasjonalt tvisteløsningsorgan dersom man ikke kan "leve med/godta" avgjørelsen fra det lokale avtalte tvisteorganet. Det er i høringsnotatet ikke tilstrekkelig utredet hvor rettslig bindende avtaler mellom kommuner og foretak skal være. Dette bør utredes. Avtalene mellom kommuner og foretak bør i størst mulig grad være rettslig bindende, men partene kan avtale tvisteløsningsordninger fremfor å bringe tvister inn for de alminnelige domstoler.

Finansiering av kommunenes nye oppgaver og plikter:

§ 11-3 åpner for kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester. Den tanken som legges til grunn er at en kommunal medfinansiering mht bruk av spesialisthelsetjenester vil stimulere kommunene til å forebygge sykdom og derigjennom begrense behov for spesialisthelsetjenester. Alternativt at kommunen selv bygger opp like gode og mer kostnadseffektive løsninger lokalt (BEON-prinsippet) og staten på den måten får mer helse til befolkningen for hver krone.

To modeller for kommunal medfinansiering er lagt ut til høring (Nasjonal helse og omsorgsplan):

Innføre kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.

Det vurderes følgende avgrensede modeller med en medfinansieringsandel på 20 prosent:

- En avgrenset modell etter alder som inkluderer alle innleggelser/behandlinger for eldre over 80 år (også operasjoner)
- En avgrenset modell etter diagnose som inkluderer alle medisinske innleggelser/behandlinger (altså ikke operasjoner)

I tillegg utredes kommunal medfinansiering innen psykisk helsevern og rusbehandling og opphold i private opptreningsinstitusjoner basert på liggedøgn.

En finansieringsmodell basert på pasienters alder er diskriminerende og ikke forenlig med en likestilling av alle pasienter uavhengig av kjønn, alder, bosted eller etnisitet.

En modell der kommunal medfinansiering knyttes opp til behandlingsalternativ (medisin vs. kirurgi), basert på et DRG/ISF-system som er kalibrert for å gå i null på regionalt foretaksnivå, er uten en betydelig forskningsinnsats og merinvestering i en videreutvikling av DRG/ISF-systemet ikke tilrådelig. I dag verken finnes kapasitet eller kunnskap til å etablere et slikt system hos de nasjonale helseøkonomiske miljøer.

Dette vil også føre til mer byråkratisering av den kommunale helsetjenesten.

§ 11-4 pålegger kommunen betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra dag en.

Begrunnet i en forståelse av at dagens ordning innebærer at kommunene "spekulerer" i å bruke dyre, men for dem tilnærmet gratis senger i spesialisthelsetjenesten, fremfor å bygge opp egne tilbud til utskrivningsklare pasienter.

En nylig gjennomført landsdekkende studie i regi av Norsk sykepleierforbund (*Seierstad, Holmeide, Eimot, "Utskrivningsklare pasienter- hvem er de og hvor hører de hjemme", Analysesentret*) viser at kun 3 % av alle sykehusopphold ikke avsluttes på dato for utskrivningsklar. I det alt vesentlige dreier det seg om eldre pasienter som etter akutt sykdom, primært brudd, hjerneslag og infeksjon, ikke umiddelbart kan vende tilbake til det omsorgsnivå hvor de befant seg før innleggelse, men trenger et tilbud på høyere nivå for en kortere eller lengre periode.

Departementet har heller ikke på dette punkt synliggjort kunnskapsbasert forskning som viser at det er billigere å behandle de utskrivningsklare pasientene i primærhelsetjenesten fremfor at de får disse tjenestene i regi av spesialisthelsetjenesten. Det vises kun til sjablongmessige betraktninger av gjennomsnittskostnader knyttet til en seng i spesialisthelsetjenesten og tilsvarende i sykehjem. Det er ikke gjort rede for hvilke behov og

behandlingstilbud denne pasientgruppen reelt sett får eller er i behov av og følgelig også helt umulig å si noe om kostnadsbildet knyttet til om disse tjenestene gis i sykehus eller av kommune.

En målsetting om null utskrivningsklare liggedøgn ved sykehusene innebærer at kommunene må bygge opp en overkapasitet eller akseptere "korridorpasienter" ved egne institusjoner (noe som fort vil kollidere med "verdige" helsetjenester) og fremstår for oss som utopi.

Det er videre en betydelig innsigelse mot ordningen at vurderingen av hvorvidt en pasient er utskrivningsklar eller ikke, er en ensidig beslutning som tas av spesialisthelsetjenesten alene uten rett til mulighet for medinnflytelse fra primærhelsetjenesten.

Den samme NSF studien referert til over, hvor også helsepersonell fra Sør-Varanger kommune bidro inn i fokusgrupper, viser at vurderingen av når en pasient er utskrivningsklar avhenger av hvilken pasientgruppe, hvilket sykehus, hvilken avdeling og hvilket helsepersonell det er som gjør vurderingen. Ordningen fremstår i nasjonal sammenheng som særdeles tilfeldig.

Å innføre en betalingsplikt fra dag 1 for et så vidt lite problem (kun 3 % av oppholdene som ikke kan avsluttes på ønsket tidspunkt) og med så betydelig variasjon i praktiseringen synes uhensiktsmessig. Vi frykter at en slik ordning vil bidra til at fokus flyttes fra pasientenes behov og samhandling, til en krangel mellom forvaltningsnivåene om pasienten er utskrivningsklar eller ikke og betaling for disse døgnene.

Kompetanse, forskning og IKT:

Behovet for arbeidskraft nødvendiggjør flere tiltak. Det må utdannes tilstrekkelig helsepersonell med relevant kompetanse.

Utdanningsinstitusjonene er i for stor grad rettet inn mot arbeid i spesialisthelsetjenesten. Det må i større grad vektlegges å utdanne personell som er tilpasset fremtidige kommunale oppgaver. Rekrutterings- og kompetansehevingstiltak for å imøtekomme reformens intensjoner vil kreve økonomiske ressurser for kommunene, og trolig vil det ha tariffmessige konsekvenser.

Kommunen bør få ansvar for at det foregår forskning og undervisning på tilsvarende måte som i spesialisthelsetjenesten. Det må arbeides med å etablere et formalisert samarbeid mellom forskningsinstitusjoner og kommuner.

Det er nødvendig med et krav til elektronisk dokumentasjon og forsendelse av helseopplysninger for å få alle aktørene opp på et nødvendig teknologisk minimumsnivå. Økt bruk av velferdsteknologi er en forutsetning for å kunne imøtekomme framtidens omsorgsbehov. Det innebærer utvikling av nye løsninger gjennom innovasjon og at kommunene tar i bruk eksisterende velferdsteknologiske løsninger.

Lege tjenesten i kommunen

Allmennlegetjenesten er en sentral samarbeidspartner for de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og inngår i en helhetlig kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Det må skje en vekst i antall allmennleger i kurativ praksis, samt en økt tilgang på medisinsk kompetanse i kommunenes administrative planarbeid.

Legetjenesten må integreres bedre i den kommunale helse- og omsorgstjeneste. Det må sikres god tilgang på allmennleger i alle landets kommuner.

En forsterket legetjeneste i kommunene kan ikke alene oppnås gjennom lov og avtaleverk. Det bør derfor utvikles tiltak som:

- rekruttering av flere allmennleger/fastleger og oppretting av utdannings- stillinger/ fastlønnsstillinger,
- vektlegge psykisk helse, rusmedisin, eldremedisin i legenes grunnutdanning og spesialistutdanning,
- stimulere til etablering av døgntilbud, rehabilitering, palliativ behandling, oppsøkende virksomhet overfor skrøpelige eldre

- avklarer hva en ny legerolle innebærer, hva de nye legene skal gjøre for å realisere ambisjonene bla om mer forebygging
- evner å håndheve legefördelingsystemet og å begrense veksten i nye lege- stillinger til sykehusene (slik man lyktes med ved innføring av fastlegeordningen).

Vedlagt følger også forslag satt frem under kommunestyrets behandling, disse er ikke realitetsbehandlet av Sør-Varanger kommunestyre.

Senterpartiet fremmet følgende tilleggssforslag til rådmannens innstilling:

"Forslag som kan inngå i punkter til høring av NHOP og samhandlingsreformen

1. Nasjonal sykehusplan

En nasjonal helse- og omsorgsplan er et steg på veien for å få til en overordna og politisk styring av helsesektoren. I tillegg trengs det en nasjonal sykehusplan som blant annet må inneholde definisjon/minstestandard på hva et lokalsjukehus skal inneholde, hvor en politisk tar stilling til større strukturendringer. Arbeid med en slik plan må sikres brede og demokratiske prinsipper. Sykeshussektoren trenger stabilitet, forutsigbarhet og arbeidsro, ikke flere omstruktureringen og strategiprosesser. Dette er spesielt viktig for å rekruttere arbeidskraft. En slik sykehusplan vil styrke Stortingets stilling som beslutningstaker.

2. Samhandlingsreformen og lokalsykehus

Samhandlingsreformen skal sikre målene om at alle skal ha et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi og den enkeltes livssituasjon. For å lykkes med samhandlingsreformen må det bli et tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette forutsetter større likeverdighet i myndighetsutøvelse enn i dagens helsetjeneste. Det krever også opprettholdelse av et desentralisert sykehusstilbud for å sikre trygghet for innbyggerne. Disse forutsetningene må sikres gjennom nytt lovverk og gjennom Stortingets behandling av Nasjonal helse- og omsorgsplan. En god leveregel er at en sentraliserer det en må, men desentraliserer det en kan.

3. Foretaksmodellen

Erfaringene har vist at helseforetaksmodellen er beheftet med svakheter når det gjelder den folkevalgte styringen av helsepolitikken og legitimitet i befolkningen som berøres av de vedtak som gjøres i foretakene. De regionale helseforetakene skal fungere som redskap for å gjennomføre nasjonal helsepolitikk, men det oppstår for ofte konflikter mellom lokalpolitiske vurderinger og foretakenes prioriteringer. Det bør være større politisk styring over foretakene, de skal ikke kunne vedta større strukturelle endringer, slik som endringer i føde og akuttkirurgi. Dette er saker som per definisjon skal bestemmes av foretaksmøtet, det vil si statsråden. Primært ønsker en å gå bort fra foretaksmodellen og tilbake til folkevalgt styring, sekundært må den evalueres og forbedres slik at en sørger for at modellen har bedre legitimitet i befolkningen og bedre demokratiske prosesser. Det krever tydeligere eierstyring. Eksempelvis gjennomføring av samhandlingsreformen vil forutsette en tydeligere eier og en eier som inngår i reelle forhandlinger med kommunene om utforming av helsetjenestene.

4. Foretaksmodellen. Finansiering.

Finansieringen av spesialisthelsetjenesten må gjennomgås. Vi må ha en finansiering som gjør det lettere å drive og opprettholde lokalsykehus. Dagens finansiering er ikke tilpasset lokalsykehusfunksjonene, og er med på å øke presset på strukturendringer.

5. Sykehusstruktur. Innhold.

Soria Moria 2 slår fast at ingen lokalsykehus skal legges ned. Vi ser derimot en debatt om hva et lokalsykshus skal være, og hvilke funksjoner det skal inneholde. Det bør settes en minstestandard for hva hvert enkelt lokalsykehus skal inneholde, eksempelvis som den norske legeforening mener at et lokalsykeshus med akuttoppgaver må ha akuttberedskap i indremedisin, generell kirurgi/ortopedi og anestesi og tilgang til klinisk-kjemiske og radiologiske tjenester. Dette vil bidra til at lokalsykehusene opprettholder breddekompetansen og dermed kan stille bedre diagnoser. Det må bli stopp i å omdanne lokalsykehus i Norge til såkalte Indremedisinske sykehus, eller sykehus med begrenset akuttfunksjon, det vil si sykehus uten akutt kirurgi. At lokalsykehusene har en viktig rolle i årene fremover med flere kronikere, eldrebølge er selvsagt, men for å kunne levere krever det også at sykehuset har akutt kirurgi.

6. Sykehusstruktur. Pågående prosesser.

Lokalsykehusene er avgjørende for å nå målet om en desentralisert helsetjeneste. Strukturprosesser i de regionale helseforetakenes regi har bidratt til en svært uheldig opplevelse av at spesialisthelsetjenesten ønsker å trekke seg ut av flere sykehus. Dette er i strid med de politiske føringene om at ingen lokalsykehus skal legges ned og det er i strid med forutsetningene om likeverdige helsetjenester i alle deler av landet. Det er også i direkte konflikt med forslaget til Nasjonal helse- og omsorgsplan hvor det heter "I dette arbeidet legges det til grunn at dagens desentraliserte sykehusstilbud skal opprettholdes. Dette vil blant annet sikre nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud, selv om slike tilbud ikke gis ved alle sykehus". Troverdigheten til forslagene som er lagt fram i forslaget til Nasjonal helse- og omsorgsplan, forutsetter at helseforetakene ikke gis anledning til å gjennomføre nye strukturgrep av omfattende betydning uten at disse er politisk forankret og før planen er behandlet av Stortinget.

7. Fødselsmelding

Stortinget har gjennom behandlingen av fødselsmeldingen i 2009 sluttet seg til at det skal foretas en gjennomgang av fødetilbudet og barselsomsorgen i et samarbeid mellom helseforetakene og berørte kommuner. Målsettingen med denne gjennomgangen er å få en mer helhetlig fødselsomsorg. Frist for gjennomgangen var 15. november 2010. Fra flere av helseforetakene er det lagt fram planer som medfører nedlegging av fødeavdelinger uten at det foreligger avtaler mellom kommuner og foretak som gir sikkerhet for at dette er en del av en styrket barselsomsorg. Ensidige planer om strukturendringer i fødselsomsorgen fra helseforetakene, gir ikke et akseptabelt grunnlag for å gjennomføre endringer. Regjeringen som sykehuseier, må gripe inn og sørge for at planprosessene mellom sykehus og kommuner blir reelle og sees i sammenheng med gjennomføring av samhandlingsreformen.

8. Fødselsomsorg. Kvalitetskrav.

En må sikre at endringene i fødselsomsorgen fører til et løft for både svangerskap, fødsels- og barselsomsorgen. Kvalitetskravene som Helsedirektoratet har sendt på høring må for all del ikke innarbeides uten at man ser dette i en større sammenheng med blant annet geografi, reiseavstand. Vi kan ikke ha en endring som fører til flere transportsfødslar og mer utrygghet blant fødende. Kvalitetskravene vil sørge for at man får et mye større fokus på de store fødeklinikkene, og bemanningen på disse. Det må synliggjøres hva det vil koste å implementere kvalitetskriteriet om at alle fødende skal ha jordmor hos seg i aktiv fase av fødselen.

9. Legeutdannelsen.

En bør endre spesialisthelseutdanningen av leger i retning av den gamle generalistutdanningen med tanke på å utdanne og rekruttere helsepersonell som kan arbeide på lokalsykehus.

10. Frivillige og ideelle organisasjoner sin rolle i helse-Norge

Frivillig arbeid og ideelle organisasjoners plass i framtidens helsetjeneste er drøftet i forslaget til Nasjonal helse- og omsorgsplan, men deres rolle som tilbydere av helse- og omsorgstjenester som et supplement til det offentlige er ikke tilfredsstillende behandlet. Ideelle organisasjoner og ikke-kommersielle aktører er viktige bidragsytere innen helsebehandling, rehabilitering, rusomsorg og psykiatri. Disse aktørene representerer brukerorientering og behandlingskompetanse som er viktige for helsetjenesten som en lærende organisasjon. Generelt sett er de konkurransedyktige både i kvalitet og pris, men mange må gi opp på grunn av lite forutsigbare avtaler med det offentlige. Det må utvikles en nasjonal strategi for å beholde og utvikle ideelle organisasjoner og ikke-kommersiell aktørers kompetanse i helse- og omsorgstjenesten. Blant annet må avtaleperiodene forlenges og det må gis gode tidsmarginer for opphør av avtaler for å sikre forutsigbare rammevilkår.

11. Kommunehelsetjenesten.

Med samhandlingsreformen blir betydelige oppgaver overført til kommunene, ikke minst når det gjelder forebygging og habilitering/rehabilitering. Det er viktig at staten fullfinansierer økt fokus på folkehelse og forebyggende arbeid.

12. Sør-Varanger er i mot profesjonsnøytralitet.

13. Finansiering

Det forventes at reformen innføres gradvis i takt med at finansiering og ressurstilgang og økonomiske rammer er avklart”.

Ap foreslo at tilleggforslaget fra Sp samt eldrerådets uttalelse legges ved kommunestyrets vedtak, og at det presiseres at disse ikke er realitetsbehandlet av kommunestyret.

Innstillingen med Ap's tilleggsforslag enstemmig vedtatt.

Kommunestyrets vedtak i sak 007/11:

Sør-Varanger kommune sender inn høringssvar som beskrevet i saken, og de innspill som er kommet inn legges ved saken uten realitetsbehandling.