



Samarbeid og samhandling

Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Et temahefte om arbeidet med samhandlingsreformen



FAGFORBUNDET

www.fagforbundet.no

Innhold

Innledning	4
Hva er samhandlingsreformen	6
Hva betyr samhandlingsreformen for folk flest?	6
Fakta	7
Organisering av helsetjenestene	8
Samarbeidsavtaler sykehus – kommuner	10
Veileder til Felleserklæring vedrørende samarbeid mellom partene	12
Utskrivningsklare pasienter	12
Kommunal medfinansiering	13
Døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp	14
Samarbeid mellom kommuner	15
Fagforbundets syn på samhandlingsreformen	18
Økonomiske virkemidler	18
Viktige punkter fra prinsipp- og handlingsprogrammet	19
Strategiplan 2012	20
Arbeidet med samhandlingsreformen i Fagforbundet	21
Mål og oppgaver	21
Organisering av arbeidet	22
Egen organisasjon	24
Kartlegging	24
Kurs og opplæring	24
Yrkesfaglig arbeid	26
Seksjon helse og sosial	26
Seksjon kirke kultur og oppvekst	27
Seksjon samferdsel og teknisk	28
Seksjon kontor og administrasjon	30
Ansatte som motor i omstillinger	31
Kvalitetskommuneprogrammet	32
Pilotsykehusprosjektet	32
Sammen om en bedre kommune	32
Lover og avtaler som styrer reformen	34
Felleserklæring	34
Ny lov om folkehelse	35
Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester	35
Ny nasjonal helse- og omsorgsplan	36
Kilder til mer fordyping	37

- Ny organisering av helse- og omsorgstjenestene
- Økt fokus på forebyggende helsearbeid
- Styrket folkehelsearbeid

Innledning

Dette heftet er ment som et hjelpemiddel for Fagforbundets tillitsvalgte i arbeidet med samhandlingsreformen. Fagforbundet har laget en rekke ulike dokumenter og innspill til reformen. Det har dels dreid seg om forbundets syn på ulike sider av reformen, men også veiledninger til våre tillitsvalgte om hvordan de skal fremme forbundets og medlemmenes interesser i gjennomføringen av reformen.

Samhandlingsreformen gir utfordringer i egen organisasjon: Hvordan skal vi arbeide, være delaktige og sikre medvirkning i prosessene som pågår? Det er svært viktig at vi lykkes i dette. Reformen er ikke et prosjekt, men fremtidig organisering av helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet. Derfor er en aktiv og tydelig deltakelse fra våre tillitsvalgte av avgjørende betydning.

Samhandlingsreformen er praktisk rettet. Den skal gi bedre og mer hensiktsmessige helse- og omsorgstjenester og økt satsing på forebygging og folkehelsearbeid. Den er dermed også en kvalitetsreform, både på kort og lang sikt. Behovene for helsetjeneste vil øke sterkt i årene framover, som følge av blant annet endring i alderssammensetningen i befolkningen. Reformen tar sikte på å utnytte ressursene enda bedre for å møte disse utfordringene.

Reformen vil angå Fagforbundet på flere måter. Det vil omfatte både samfunnspolitiske, organisatoriske, yrkesfaglige og yrkespolitiske aspekter, og det blir vesentlig å ivareta medvirkning, medbestemmelse og tillitsvalgtarbeid i det videre arbeidet.

Fagforeninger og fylkeskretser må sikres at de ikke spilles ut på sidelinja når arbeidsgivere samarbeider på tvers av både fagforeningenes områder og fylker.

Utstrakt grad av samhandlingstiltak/-prosjekter er allerede i gang, og i løpet av de siste årene er det bevilget rundt 1 milliard kroner til ulike tiltak og prosjekter i offentlig regi. Det etableres nye strukturer som lokalmedisinske sentre. Spesialiserte helse-tjenester både desentraliseres og sentraliseres med utgangspunkt i medisinsk og teknologisk utvikling vel så mye som politiske vedtak.

Interkommunalt samarbeid og eventuelt organisering i vertskommunersamkommuner vil få konsekvenser for våre medlemmer og tillitsvalgtes medbestemmelse og innflytelse. Derfor vil det være stort behov for økt samarbeid over fagforeningsgrenser. Fagforeninger og fylkeskretser må ta ansvar for at de ikke spilles ut på sidelinja når arbeidsgivere samarbeider på tvers av både fagforeningenes områder og fylker.

Hva er samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen skal bidra til å redusere økende sosiale helseforskjeller, sikre en mer hensiktsmessig og likeverdig helsetjeneste, øke brukermedvirkningen og bedre kvaliteten på offentlige tjenester. Reformen skal bidra til å redusere økende sosiale helseforskjeller, sikre en mer hensiktsmessig og likeverdig helsetjeneste, øke brukermedvirkningen og bedre kvaliteten på offentlige tjenester

Behovet for helsetjenester vil øke i årene som kommer, og det er et behov for endringer i den samlede helsetjenesten. Hovedutfordringene er knyttet både til et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Helse er ulikt fordelt i Norge, der de som har best økonomi også har best helse. Disse helseforskjellene er sosialt skapt, urettferdige og mulig å gjøre noe med.

Veksten i kroniske sykdommer henger i stor grad sammen med livsstil og kan forebygges. I tillegg kommer veksten i antall eldre som gir økt sykkelighet knyttet til alder, og økt behov for omsorgstjenester.

Samhandlingsreformen skal gi en videreutvikling av helsetjenestene. Ett av de mest sentrale punktene i samhandlingsreformen er at de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten skal bedre sin evne til å svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester som sikrer gode pasientforløp.

Dette skal oppnås gjennom økt satsing på folkehelsearbeid, forebygging, rehabilitering, mestring og behandling på riktig nivå, noe som innebærer at endringene må komme der folk faktisk bor og lever. Kommunene har da også fått en tydeligere rolle og større økonomisk ansvar for å ivareta innbyggernes helhetlige behov. Samhandlingsreformen er derfor en kommunehelsereform. Helseperspektivet skal ivaretas i alle kommunens tjenester og forankres i kommunens planarbeid.

Folkehelsearbeidet handler blant annet om å forbedre levekår og helsetilstand gjennom økt fysisk aktivitet, bedre ernæring, bedre miljø, barnehagetilbud, gjennomført skolegang, arbeid og bolig. Eksempler på dette er at aktivisering av barn og unge bidrar til å redusere rekruttering til belastende miljøer, et godt kulturtilbud kan redusere sosial isolasjon og godt strødde veier forebygger fall og bruddskader.

Hva betyr samhandlingsreformen for folk flest?

Målet er at det skal bli lettere å få helsehjelp lokalt, samtidig som reformen legger betydelig vekt på kommunenes ansvar for folkehelsearbeid og forebygging. Oppfølging av personer med kroniske lidelser skal bli bedre. De som har langvarige og sammensatte behov skal ha en koordinator som samordner behandling og oppfølging.

Det vil bli flere tilbud til dem som ønsker å legge om levevaner som kan føre til sykdom, for eksempel å endre kosthold, komme i gang med fysisk aktivitet eller stumpe røyken. De som har kroniske lidelser vil få bedre tilbud og oppfølging i hjemmet, slik at de kan mestre egen sykdom bedre.

Fakta

Stortingsmelding nr. 47 (2008 – 2009) – Samhandlingsreformen ble behandlet i Stortinget 27.4.2010, og et enstemmig storting sluttet seg til reformen og Helse- og omsorgskomiteens flertallsinnstilling. Reformen skal gjennomføres over tid fra 1. januar 2012.

Stortingsmeldingen legger vekt på at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover. Den ventede veksten i behovet for helsetjenester skal i størst mulig grad løses i kommunene. Derfor må samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten styrkes.

Målet med reformen er å sikre et bærekraftig og helhetlig tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet, tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, økt brukerinnflytelse, avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus.

Kommunenes ansvar for det forebyggende arbeidet er betydelig skjerpet. Kommunene får plikt til å forebygge sykdom og tenke helse på tvers av sektorer. Kommunene har fått rollen som hovedaktør i folkehelsearbeidet og miljørettet helsevern er nå inkludert som en viktig del av folkehelseoven.

- På overordnet nivå skal man styrke analyse-, plan- og beslutningssystemer som ser på hvordan den offentlige innsatsen på helse- og omsorgsområdet fordeles mellom de ulike innsatsområdene så rasjonelt som mulig.
- De gode helhetlige pasientforløpene skal bli et felles ansvar for alle aktører i helse- og omsorgstjenestene i større grad enn i dag. Pasientens behov skal i større grad styre organisering av behandling og tjenester.

Utredning og behandling av sykdommer og tilstander som forekommer hyppig skal i størst mulig grad foregå på kommunalt nivå når det er til beste for pasienten. Utredning og behandling av sjeldne sykdommer og tilstander, skal sentraliseres der det er nødvendig for å sikre god kvalitet og god ressursutnytting.

En vellykket samhandlingsreform forutsetter bedre balanse og likeverdighet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å nå målene i reformen, er det nødvendig med flere virkemidler:

- *Rettslige virkemidler* inkluderer lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). Folkehelseloven regulerer langsiktig og systematisk folkehelsearbeid på alle forvaltningsnivåer: statlig, fylkeskommunalt og kommunalt nivå.

Folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven skal sikre bedre samhandling innad i kommunene, og mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunenes får et tydelig ansvar for et helhetlig tjenestetilbud, og kommunene får økt frihet til å organisere tjenesten i samsvar med lokale forutsetninger og behov. Kommuner får plikt til å inngå samarbeidsavtaler med lokale helseforetak.

- *Økonomiske virkemidler* er ment å fremme bedre arbeidsfordeling, gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger av god kvalitet, og bidra til finansiering av nye oppgaver for kommunene. Det innføres en avgrenset kommunal medfinansiering for de medisinske pasientene i spesialisthelsetjenesten. Kommunene får ansvar for finansiering av utskrivingsklare pasienter. Når kommunene selv kan utrede, behandle eller yte omsorg, skal de ha tilbud om døgnopphold for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp og tilsyn.
- *Faglige virkemidler* skal bidra til å endre praksis i tjenesten, i tråd med samhandlingsreformens intensjoner. Det skal for eksempel lages veiledere, retningslinjer, prosedyrer og nasjonale kvalitetsindikatorer. De bør lages gjennom samarbeid mellom tjenestenivåene og bruker- og pasientorganisasjoner. NAV og andre aktuelle instanser må også involveres. Utdanning og opplæring av personell må tilpasses målene i samhandlingsreformen. Kommunene skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det vil være behov for å øke innsatsen innenfor kompetanse, folkehelse og utvikling av primærhelsetjenester.
- *Organisatoriske virkemidler* skal bidra til mer hensiktsmessig organisering og oppgavefordeling, som skal utvikles både nasjonalt og lokalt. Det skal legges til rette for hensiktsmessige samhandlingsarenaer. Ett eksempel er lokalmedisinske sentre i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og én eller flere kommuner.

Organisering av helsetjenestene

Kommunenes «sørge for»-ansvar for helsetjenester kan løses på flere måter. Kommunen kan utføre tjenesten selv (egenregi), inngå avtale med andre kommuner og/eller helseforetak eller annen privat helsetilbyder etter anbudsrunder. Når det gjelder de lovpålagte samhandlingsavtalene er det imidlertid en begrensning i denne avtalefriheten, og det er kun kommune og helseforetak som er part i disse avtalene. Den kommunale medfinansieringen av sykehustjenester gjelder kun sykehustjenester i offentlig regi.

Samhandlingsreformen tar sikte på å styrke de offentlige helsetjenestene. De lov- pålagte avtalene regulerer forholdet mellom kommuner og helseforetak og er juridisk bindende for hvordan oppgavene skal løses av partene. Oppgaver som utføres i egenregi mellom de offentlige partene faller utenfor konkurransereglene, i motsetning til tjenester som utføres av private aktører.

Samhandlingsreformen skal ivareta et helhetlig og sammenhengende helsetilbud, noe som er et argument mot privatisering. Kommuner som har lagt deler av sin virksomhet ut på anbud vil ha problemer med å ivareta sitt ansvar og realisere reformens målsetning. Dette gjelder også på folkehelsefeltet, hvor alle tjenester skal tas i bruk for å bedre levekår, miljø og helse.

Også offentlig-privat samarbeid (OPS) med kommersielle aktører om utbygging av sykehjemsplasser har samme virkning. Før kunne kommunen bare inngå avtaler med ikke-kommersielle aktører, mens kommunen nå kan inngå OPS-avtaler med kommersielle aktører. Denne utviklingen utfordrer Fagforbundets standpunkt om at helsetjenester er et offentlig ansvar som skal utføres av det offentlige.

Fagforbundet arbeider for å få en annen organisering av helseforetakene, men dette er ikke til hinder for at tillitsvalgte går inn i problemstillinger og utfordringer knyttet til gjennomføring av reformen. Det er tvert i mot en nødvendighet.

I henhold til regjeringens Soria-Moria-erklæring, skal ingen lokalsykehus nedlegges. Erfaringen viser at det likevel skjer store endringer i lokalsykehusstilbudet når innholdet endres. Samhandlingsreformen kan bidra til å styrke lokalsykehusstrukturen ved at sykehustjenester desentraliseres og at tjenester samlokaliseres med for eksempel lokalmedisinske sentre. Dette vil styrke fagmiljøene og gi et bedre tilbud til befolkningen. På den andre siden vil sentralisering av tilbud kunne oppleves som en forringelse av det lokale tilbudet.

De grunnleggende forutsetninger for samhandlingsreformen skal ivaretas også i helseforetakenes organisering av sykehustjenestene, slik at reformens målsetninger realiseres.

Koordinerte helsetjenester, som understøtter helheten

Partene har lagt til rette for at de ansatte og deres organisasjoner har reell medvirkning gjennom egne avtaler, i tillegg til gjeldende lov- og avtaleverk, både i sykehusene og i kommunene.

Samarbeidsavtaler sykehus – kommuner

Bedre samarbeid mellom kommune og sykehus vil gi pasienter og brukere bedre tjenester. For å sikre dette pålegges kommunene å inngå juridisk bindende avtaler med sykehusene, som erstatning for dagens samarbeidsavtaler. Avtalene skal blant annet sikre gode løsninger for utskrivningsklare pasienter. De skal også sikre at pasienter ikke legges inn på sykehus hvis de kan få like god eller bedre behandling i kommunen der de bor. Det skal inngås avtaler for alle fagområder, enten det gjelder somatikk, psykisk helse eller rus.

Det er utarbeidet en nasjonal veileder for hvordan slike samarbeidsavtaler skal utformes (omtalt senere i kapittelet).

Lovverket gjør det fortsatt mulig å etablere vertskommunesamarbeid og delegerer myndighet til interkommunale selskap, slik noen kommuner har gjort. I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet og KS inngått en intensjonsavtale om et likeverdig samarbeid i gjennomføringen av samhandlingsreformen. Arbeidsgiversiden og arbeidstakerorganisasjonene i kommune- og helsesektoren har også inngått en avtale om samarbeid i arbeidet med samhandlingsreformen. Den er gjengitt bakerst i dette heftet.

Innen 31. januar 2012 skal det foreligge samarbeidsavtaler som omfatter følgende:

- Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for, og en felles oppfatning av hvilke oppgaver partene skal utføre.
- Retningslinjer for innleggelse på sykehus.
- Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.
- Omforente beredskapsplaner og planer for akuttmedisinsk kjede.

Innen 1. juli 2012 skal samarbeidsavtalene være inngått i sin helhet. De skal minst inneholde følgende:

- Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.
- Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.
- Retningslinjer for innleggelse i sykehus.
- Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp.
- Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.
- Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.
- Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid.
- Samarbeid om jordmortjenester.
- Samarbeid om IKT-løsninger lokalt.
- Samarbeid om forebygging.

Tillitsvalgte må bidra til at avtalene som inngås bygger på reelle vurderinger av hva slags oppgaver kommune og sykehus skal ta ansvar for. Vi må jobbe for at tjenestene drives i egenregi. Sentrale spørsmål er «hva har innbyggerne i kommunen behov for, hva slags kapasitet og kompetanse finnes i kommunen og hva kan kommunen ta faglig ansvar for?»

Her kan en blant annet dra nytte av kunnskapen som finnes i de godt dokumenterte behovene for bedre samhandling og koordinering, eksisterende veiledere og forskrifter, faktagrunnlaget om økte sosiale helseforskjeller og brudd i forløp, statistikk om innleggelser og behandling i sykehus, erfaringene fra dagens avtalepraksis mellom kommuner og sykehus, samt Nasjonal helse- omsorgsplan.

Hvis ikke kommunene har nødvendig forståelse og kunnskap om de oppgaver som skal løses, mangler en vesentlig forutsetning for den likeverdighet partsforholdet mellom kommunene og helseforetakene bygger på.

Veileder til Felleserklæring vedrørende samarbeid mellom partene

Fylkeskretsene må passe på at fagforeningene følger «Veileder til Felleserklæring vedrørende samarbeid mellom partene i arbeidet med samhandlingsreformen». Noen vesentlige punkter i veilederen er:

Arbeidsgiver har ansvar for å påse at hovedavtalenes bestemmelser om medvirkning og medbestemmelse blir ivaretatt, og at intensjonene i felleserklæringen følges opp. Det er likevel avgjørende at de tillitsvalgte er oppmerksomme på hva som skjer av samarbeid på tvers av kommunene og mellom kommuner og helseforetak, slik at de tillitsvalgte sikrer involvering fra arbeidstakersiden i disse samarbeidsprosessene.

Når tillitsvalgte er kjent med at et slikt samarbeid er igangsatt eller skal igangsettes, skal de umiddelbart ta kontakt med det organisasjonsledd den enkelte organisasjon har bestemt skal håndtere koordinering av samhandlingsprosessen.

Veilederen sier også at det er den enkelte organisasjon som skal oppnevne sin representant og vararepresentant. Disse skal ivareta interessene for de berørte tariffområdene. Arbeidstakerorganisasjonene har også anbefalt at man forsøker å koordinere arbeidstakersiden slik at alle avtaleområdene blir ivaretatt i samarbeidsutvalg/ arbeidsgrupper.

Organisasjonene skal melde hvem som er deres representanter til involverte arbeidsgivere, eventuelt til den ansvarlige representanten for arbeidsgiver i samarbeidsprosessen.

I veilederens kap. 4.2. er partenes rettigheter framhevet. Der går det tydelig fram at de ansattes organisasjoner skal bli tatt med i prosessen ved inngåelsen av samarbeidsavtalene.

I «Felleserklæring vedrørende samarbeid mellom partene i arbeidet med Samhandlingsreformen», undertegnet av partene innenfor Spekters og KS' tariffområde, anbefales det også at arbeidstakerorganisasjonene skal være representert når det etableres samarbeidsutvalg/arbeidsgrupper.

Utskrivningsklare pasienter

Kommunene har ansvaret for å gi et tilbud til utskrivningsklare pasienter med behov for oppfølging. Mange utskrivningsklare pasienter blir likevel liggende på sykehus fordi kommunene ikke har et tilstrekkelig tilbud til dem. Det er ikke bra for pasientene og det er kostbart for fellesskapet. Derfor endres reglene for kommunenes økonomiske og faglige ansvar for utskrivningsklare pasienter fra 1. januar 2012. Kommunene får overført rundt 560 millioner kroner fra sykehusene til å etablere tilbud for disse

pasientene. Tilbudene kan blant annet være korttidsopphold på kommunal institusjon eller forsterket oppfølging i hjemmet. I november 2011 kom Helse- og omsorgsdepartementet med en forskrift som beskriver hvordan den kommunale medfinansieringsordningen skal fungere.

Hvis kommunene ikke har tatt ansvaret de allerede har for utskrivningsklare pasienter, har de et etterslep som kommer i tillegg til det økte ansvaret som trer i kraft fra 2012. Da må økte økonomiske rammer for kommunene benyttes til å betale for sykehusinnleggelse, og kommunene må utvikle tjenestetilbudet ved å omdisponere midler. Det kan føre til reduksjon i andre tjenester, også tjenester som fremmer bedre folkehelse og forebygger uhelse.

En slik uforutsigbarhet rammer også helseforetakene og sykehusene ved at de får reduserte økonomiske rammer, samtidig som det er uavklart i hvilken grad kommunene har behov for at sykehusene opprettholder kapasiteten på de tjenester kommunene får betalingsansvar for.

Kommunal medfinansiering

Fra 2012 får kommunene også medfinansieringsansvar for sykehusbehandling av enkelte pasienter og lidelser som kommunene kan gi et like godt eller bedre tilbud til. Også her får kommunene tilført midler slik at de har mulighet til å tilby alternativer til sykehusinnleggelse.

Det har kommet en forskrift som nøye beskriver hvilke pasientgrupper kommunene har medfinansieringsansvar for. Dette ansvaret er begrenset til somatikk innen spesialisthelsetjenesten og har en rekke unntak, som for eksempel fødsler, kirurgiske inngrep og behandling med en del spesielt kostbare legemidler. Det er satt et øvre tak for kommunenes økonomiske ansvar på om lag 30 000 kroner (2012-tall) for enkeltopphold som omfattes av ordningen. Kostnadsnøkkel og omfang vil bli bestemt i forbindelse med den årlige behandlingen av kommuneproposisjonen og statsbudsjettet, og er basert på det samme systemet for finansiering som gjelder for sykehusene, det vil si reglene for Innsatsstyrt finansiering (ISF) og Diagnoserelaterte behandlingsgrupper (DRG)

Den kommunale medfinansieringen er et økonomisk insitamant for kommunene til å utvikle tjenester som reduserer behovet for sykehusinnleggelse, ved at det gis et like godt eller bedre tilbud i kommunene. Dette dreier seg om kjente pasientgrupper med kjente behov og lidelser. Ordningen omfatter for eksempel ikke rus og psykiatri, fødsler eller kirurgi. Så selv om endringene knyttet til utskrivningsklare pasienter og kommunenes medfinansieringsansvar innebærer en viss usikkerhet, er omfanget oversiktlig og burde være håndterlig for de fleste kommuner.

Det er ikke antallet sykehusinnleggelser som forteller mest om kvaliteten på tjenestene, snarere tvert i mot. Mangler ved det lokale tilbudet øker behovet for innleggelser i sykehus, og skaper utrygghet hos pasienter og brukere. Mangler ved det lokale tilbudet gjør også at pasienter blir liggende på sykehus uten at de får den oppfølgningen kommunene er ansvarlige for å gi.

Det er fremdeles legene som vil ha ansvar for å vurdere riktig behandling og nivå for behandlingen. Slike tjenester omfattes også av pasientrettighetsloven, som er styrket når det gjelder klageadgang.

Døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp

Kommunenes plikt til å yte nødvendig helsehjelp omfatter også øyeblikkelig hjelp, men kommunene plikter ikke å tilby døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp. Frem til 2016 skal imidlertid kommunene bygge opp et slikt tilbud som et supplement for pasienter som har nytte av et alternativt tilbud i kommunene. Tilbudet skal ikke erstatte akuttbehovene sykehusene skal dekke. Fosen-kommunene er eksempler på kommuner som allerede har et slikt tilbud. Typiske pasientgrupper er Kols-pasienter med forverring av tilstanden, eldre pasienter med ubehag eller smerter i magen, pasienter med kjent angina pectoris og smerteanfall og kreftpasienter med forverring av smerter.

Vertskommunemodell

Når det gjelder offentlig myndighetsutøvelse, jf. forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav a, legger departementet til grunn at samarbeid som innebærer delegering av denne type myndighet, vil falle utenfor virkeområdet for anskaffelsesreglene.

Samarbeid mellom kommuner

I Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, St. meld. nr. 47 (2008-2009), står det at kommunene selv må finne frem til egnede samarbeidsformer for å sikre at ressurser og kompetanse utnyttes best mulig. Kommunene skal samarbeide om de nye oppgavene som følger av reformen, og avklare hvilke organisasjonsformer for samarbeid som er best egnet.

Samarbeidet kan organiseres etter kommuneloven § 27, interkommunalt selskap, aksjeselskap, vertskommunemodell eller etter en samkommunemodell. Det er varslet nye lovbestemmelser om samkommunemodellen. De vil bli tatt inn senere utgaver av dette heftet. samkommunemodellen er tilpasset kommunens mer individrettede tjenesteyting, og tanken er at kommunene skal kunne ivareta en helhetlig og samordnet politisk ledelse av oppgavene i større grad enn i andre samarbeidsmodeller.

Det avgjørende ved valg av samarbeidsform er hvilke oppgaver som skal løses. Et hovedskille er om samarbeidet gjelder:

- 1) oppgaver som kommunene frivillig har påtatt seg
- 2) lovpålagte oppgaver som innebærer utøvelse av offentlig myndighet.

Når det gjelder det første, er aktuelle modeller:

- Aksjeselskap etter aksjeloven
- Interkommunalt selskap etter lov om interkommunale selskaper
- Interkommunalt samarbeid med eget styre etter kommuneloven § 27

Når det gjelder samarbeid om lovpålagte oppgaver som innebærer myndighetsutøvelse, er det som hovedregel vertskommunesamarbeid etter kommuneloven §§ 28 a–k kommunene kan anvende. Vertskommunemodellen ivaretar folkevalgt styring og kontroll, og er egnet for å formalisere samarbeidet mellom kommuner når det gjelder helse- og velferdstjenester. Fagforbundet anbefaler denne modellen for samarbeid mellom kommuner.

Det er utarbeidet en veileder om vertskommunemodellen. Den gir kommunene et verktøy for å vurdere om vertskommunemodellen er en aktuell modell. I tillegg gir den svar på hva som skal til for å opprette et vertskommunesamarbeid som imøtekommer lovens krav.

Et av hovedmålene med vertskommunemodellen er å gjøre det forsvarlig å etablere interkommunalt samarbeid når det gjelder oppgaver som innebærer at offentlig myndighetsutøvelse blir delegert fra en eller flere kommuner til vertskommunen. Til grunn for samarbeidet skal det ligge en samarbeidsavtale.

Loven skiller mellom administrativt vertskommunesamarbeid og vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd. Kommunene kan opprette et administrativt kommunesamarbeid der det ikke overføres beslutningsmyndighet av prinsipiell karakter. De treffes beslutningene av administrasjonen i vertskommunen.

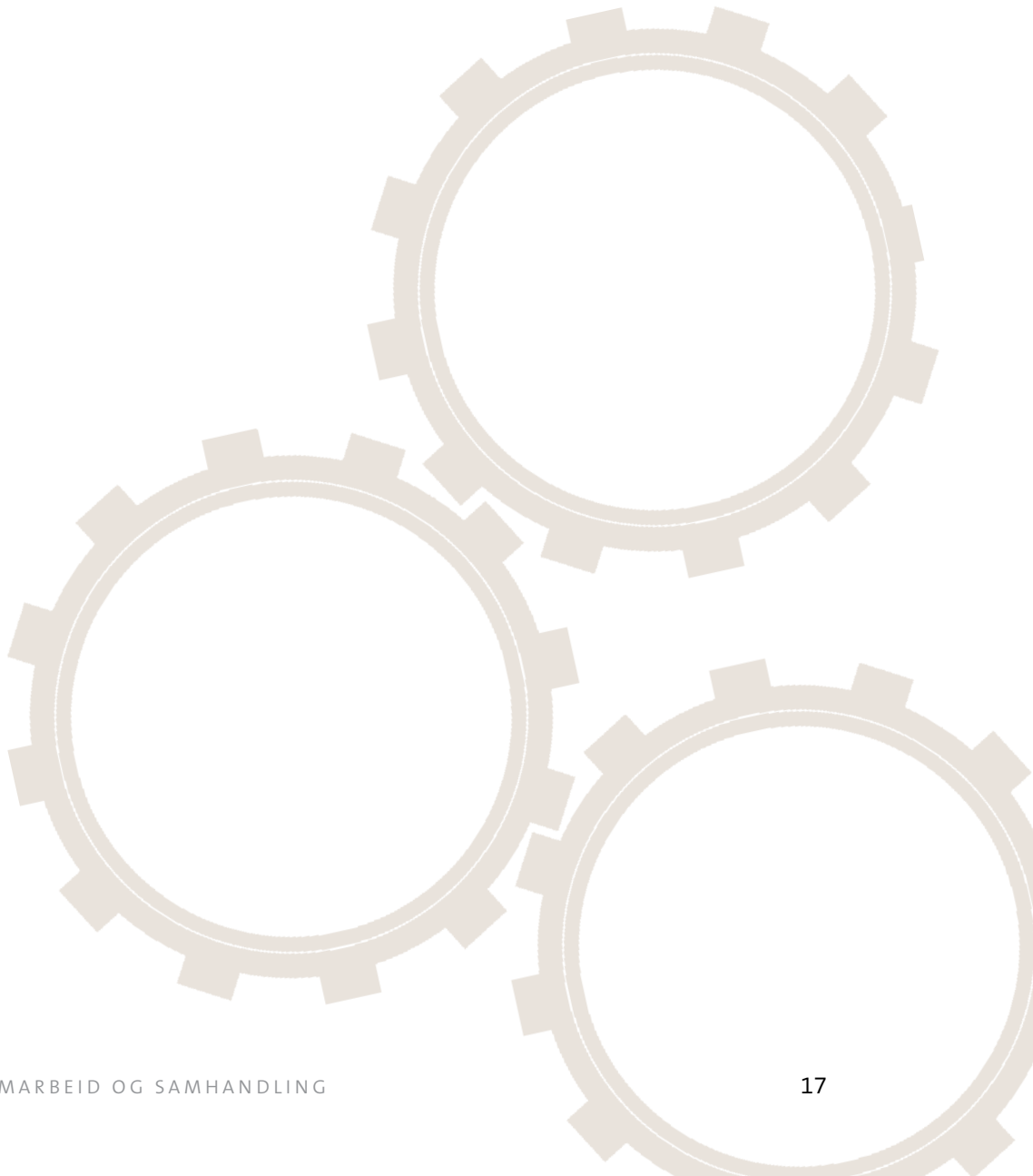
Det kan også overføres beslutningsmyndighet i prinsipielle saker. I så fall må kommunene inngå et vertskommunesamarbeid med en felles folkevalgt nemnd som avgjør slike saker. Øvrige saker kan delegeres til vertskommunens administrasjon. Hver av deltakerkommunene skal være representert med to eller flere representanter i nemnda. Der kommunene etablerer en felles folkevalgt nemnd som skal ta prinsipielle beslutninger, må alle deltagerkommunene delegerer samme myndighet til den felles politiske nemnda.

Uavhengig av hvilken samarbeidsmodell kommunene velger, må rettigheter for pasientene være like mellom kommuner og samarbeidende kommuner og med klare ansvarslinjer.

For begge vertskommunemodellene er det lagt vekt på å ivareta rettssikkerheten gjennom å klargjøre systemet for forvaltningsklage og lovlighetskontroll. Det er også lagt vekt på å sikre den enkelte deltakerkommunes mulighet til å påvirke og treffe avgjørelse i enkeltsaker som er delegert til vertskommunen. Den enkelte deltakerkommune kan gi vertskommunen instruks om utøvelsen av den delegerte myndigheten i saker som alene gjelder deltakerkommunen eller dennes innbyggere.

Ved vertskommunesamarbeid kan det blir spørsmål om overføringen av virksomhet fra samarbeidskommunen til vertskommunen må betraktes som en virksomhets-

overdragelse etter arbeidsmiljøloven kapittel 16. Dette må avgjøres etter en konkret vurdering i hvert tilfelle knyttet til bl.a. hvor stor og hvilken del av samarbeidskommunens virksomhet som overføres til vertskommunen. Dersom man kommer til at det dreier seg om virksomhetsoverdragelse, skal ansettelsesforholdet til tilsatte som tidligere har utført det aktuelle arbeidet i samarbeidskommunen, overføres til vertskommunen med de samme lønns- og arbeidsvilkår.



Fagforbundets syn på samhandlingsreformen

Et av Fagforbundets viktigste mål er å styrke tjenestene i offentlig sektor. Vi mener at kvalitet i tjenestene best utvikles gjennom motiverte og kompetente ansatte i hele, faste stillinger, som kjenner brukernes behov. Samhandlingsreformen gir kommunene økt ansvar for innbyggernes helse gjennom mer vekt på forebygging og større vekt på helhetlige pasientforløp.

Fagforbundet er grunnleggende positivt til intensjonene bak samhandlingsreformen, selv om forbundet også har kritiske merknader til opplegget for gjennomføring av reformen. Allerede 18. juni i 2009 kom Fagforbundets forbundsstyre med følgende uttalelse:

Samhandlingsreformen kan bli et middel til å øke kvaliteten i norsk helsetjeneste. Den er i allerede i gang, og vi ser at reformen kan bli selve limet mellom de reformene og prosjektene som eksisterer i dag.

Utgangspunktet for reformen er mangelen på systemer for å følge opp pasientenes helhetlige behov, det såkalte forløpet. Framtidsperspektivet er at tiltak skal inn på et tidligst mulig tidspunkt. Det betyr både forebygging, og behandling tidlig og underveis i forløpet. Noe som innebærer at funksjoner flyttes ut av sykehusene og spesialisthelsetjenesten og over til kommunenivået. Dette krever tilrettelegging av muligheter for økt kompetanse for alle ansatte som blir berørt av samhandlingsreformen, både i kommune og i sykehus.

Lokalmedisinske senter eller helsehus er ikke ment å overta sykehusenes oppgaver. De skal inn når det gjelder forebygging og ved rehabilitering.

Fagforbundet mener det er positivt at det blir kort vei for innbyggerne til de nødvendige helsetjenestene og at kommunene skal ta ansvar for innbyggernes helse.

Økonomiske virkemidler

Det er denne delen av samhandlingsreformen Fagforbundet har vært mest kritisk til. Fagforbundet har i sine høringsuttalelser vært skeptisk til de økonomiske virkemidlene, og ikke ønsket kommunal medfinansiering av sykehustjenester. Når man skal drøfte arbeidsdeling mellom kommuner og sykehus, er det svært viktig at Fagforbundet er oppmerksomt på denne problemstillingen. Vi vet at det blir sterkt press på både kvalitet, lønn, arbeidsvilkår og pensjon, dersom kommersielle krefter slipper til. Derfor

må vårt utgangspunkt være at kommunene skal drive i egenregi, også om de skal løse oppgaver på vegne av spesialisthelsetjenesten. Det gir best og mest helhetlig styring på både tjenestene og ressursbruken.

Fagforbundet avga også høringsuttalelse til helse- og omsorgsloven i 2010. Der sa forbundet blant annet:

Fagforbundet har tidligere uttalt og vil gjenta her at vi er skeptiske til ordningen med kommunal medfinansiering og frykter at ordningen vil svekke de gode intensjonene som samhandlingsreformen legger til grunn. Fagforbundet er opptatt av et likeverdig og godt helsetilbud til befolkningen og er bekymret for konsekvensene av at helsetjenester skal inngå i økonomiske forhandlinger mellom kommuner, sykehus og private. Fagforbundet mener at loven og forskriften burde tilrettelegge bedre for egenregi, som man i henhold til EØS-retten kan kreve når det gjelder spesialisthelsetjenester.

Fagforbundet er spesielt bekymret for at medfinansieringsordningen på sikt vil kunne føre til større omfang av private helseaktører. Det vil medføre at offentlige midler ikke bare går til helsetjenester, men til private helseaktører, slik Fagforbundet har dokumentert at skjer med private barnehager. I den sammenheng ber vi om at modeller for utbyttebegrensing for kommersielle aktører innføres. Fagforbundet frykter også at sykehusene kan svekkes dersom spesialisthelsepersonell i større grad slutter og etablerer seg privat for å konkurrere med det offentlige tilbudet som leverandør til kommuner. Stram kommuneøkonomi vil kunne tvinge kommuner til å velge billigste løsning framfor hva som er beste løsning for innbyggerne. For ansatte vil dette kunne medføre et stort press på lønn, arbeidsvilkår og pensjon.

I forbindelse med forbundsstyrets behandling av organisering av arbeidet med samhandlingsreformen 19. oktober 2011 blir det slått fast at Fagforbundets ambisjon er å ha stor innflytelse på innholdet i, og utviklingen av samhandlingsreformen. Videre heter det at

«Det er mange utfordringer i både kommunene og i sykehus. Fagforbundet bør gjøre reformen til sin egen, og legge eget innhold inn i den.»

(Forbundsstyret, 19.10.11)

Viktige punkter fra prinsipp- og handlingsprogrammet

I prinsipp- og handlingsprogrammet finner vi flere målsettinger som bør inngå i arbeidet med reformen.

- Jobbe for egenregi og motvirke at kommersielle helseaktører overtar pleie og omsorgsoppgaver
- Øke kvaliteten på tjenestene
- Videreføring av partssamarbeid knyttet til kvalitetsutvikling og omstilling

- Kompetanse og utdanning
- Rekruttering
- Heltid og faste stillinger
- Styrket tverrfaglig samarbeid
- Folkevalgt styring
- Offentlig drift
- Styrking av kommunesektoren
- Endring av sykehusorganiseringen
- Lokalsykehusenes fremtid og innhold
- Bedre økonomisk forvaltning og finansiering
- Lærlinger og praksisplasser
- Økt bevissthet om etiske spørsmål
- Forebyggende arbeid og folkehelsearbeid, i alle sektorer
- Riktig bruk av IKT
- Sikre medbestemmelse og at arbeidstakernes rettigheter ivaretas

Strategiplan 2012

I forbundets strategiplan for 2012 er arbeid med samhandlingsreformen prioritert, der heter det:

- Bidra til at samhandlingsreformen ivaretar viktige samfunnsmessige mål for Fagforbundet.
- Sikre medvirkning i lokale og regionale prosesser med samhandlingsreformen og være pådriver for bruk av partssamarbeid som arbeidsmetode.
- varetta medlemmenes jobbsikkerhet, posisjon, faglige utviklingsmuligheter og at reformen bidrar til økt grunnbemanning og hele, faste stillinger.

Arbeidet med samhandlingsreformen i Fagforbundet

Samhandlingsreformen er ikke et isolert prosjekt som skal gå over en kortere periode. Det er en omlegging av viktige trekk i helsevesenet i Norge. Organisering av tjenestene ut i fra lokale behov og et mer helhetlig ansvar vil bidra til å utvikle kommunene og styrke lokaldemokratiet. Mye er positivt. Økt vekt på forebygging og initiativ for mer helhetlige behandlingsforløp for den enkelte er til beste både for den enkelte og for samfunnet.

Reformen vil få betydning for et stort antall av Fagforbundets medlemmer. Samhandlingsreformen vil øke behovet for omsorgspersonell i kommunene. Reformen er en kommunehelsereform, med betydelig vekt på folkehelsearbeid, forebygging, rehabilitering, mestring og behandling på riktig nivå. Dette er oppgaver som kommunene allerede har et betydelig ansvar for. Derfor må Fagforbundets tillitsvalgte legge vekt på at kommunene primært bygger videre på de eksisterende tjenestene framfor å bygge nye, parallelle tilbud.

Mål og oppgaver

Arbeidsplassen

- Bidra til at medlemmene føler trygghet i endringsprosessene.
- Bidra til økt grunnbemanning og hele, faste stillinger.
- Kreve at endringene skjer i samsvar med bestemmelsene om medbestemmelse.
- Kreve at kompetanseutvikling og «rett person på rett plass» settes på dagsorden.
- Kreve at metodikken med likeverdig trepartsarbeid tas i bruk i utviklingsarbeid.
- Bidra til at endringsprosessene er i samsvar med lov- og avtaleverk.
- Kreve at lønns- og arbeidsvilkår ikke forringes og at AML blir overholdt.
- Kreve at hver enkelt yrkesgruppe får anerkjennelse for sitt fag og sin profesjon.
- Bidra til at alle yrkesgrupper blir anerkjent som nødvendige og viktige, både i primærhelsetjenestene og spesialisthelsetjenesten.
- Bidra til økt rekruttering med flere lærlinger og praksisplasser.
- Bidra til godt tverrfaglig samarbeid og bred utnyttelse av kompetanse.
- Kreve at nye tjenester utvikles og drives i egen regi.

Pasienter og brukere

- Bidra til at forebygging og rehabilitering får den oppmerksomheten som reformen legger opp til.
- Bidra til at pasienter behandles på riktig nivå og at tjenestene har god kvalitet.
- Bidra til gode og helhetlige pasientforløp.
- Bidra til å sikre pasient- og brukermedvirkning i reformarbeidet.

- Bidra til at forebygging, habilitering og rehabilitering får den oppmerksomheten som reformen legger opp til.
- Bidra til at brukere og pårørende møtes med respekt og forståelse.
- Ha åpen dialog med brukerorganisasjonene i saker av felles interesse.

Samfunnet

- Bidra til at målene om økt innsats på det forebyggende området nås.
- Bidra til gode og helhetlige pasientforløp.
- Bidra til at ressursene utnyttes smart gjennom tverrfaglig samarbeid som omfatter alle relevante yrkesgrupper, og bedre oppgavefordeling.
- Bidra til en god ansvars- og oppgavefordeling mellom kommuner, fylkeskommuner og spesialisthelsetjeneste.
- Arbeide for at samhandlingsreformen ikke brukes som et påskudd for økt privatisering og konkurranseutsetting.
- Arbeide for at kommuneøkonomien sikres i forhold til de utvidede oppgavene kommunene får i årene framover.
- Arbeide for at kapasiteten på sykehustjenesten er forsvarlig ut fra befolkningens behov og de demografiske endringene i årene framover.

Organisering av arbeidet

Fagforbundets tillitsvalgte vil ha stor innflytelse på utviklingen av samhandlingsreformen. Arbeidet kan organiseres på ulike måter og må forankres i eksisterende struktur. Det er viktig at behovet for koordinering, informasjon, dialog og deltakelse ivaretas.

Påvirk prosessene!

Når en fagforening oppdager at arbeidsgiver setter i gang et formelt samarbeid med andre arbeidsgivere må fylkeskretsen kontaktes.

Fylkeskretsen oppretter umiddelbart et koordineringsledd for samhandling mellom de involverte fagforeningene. Dette koordineringsleddet skal håndtere alle saker som dukker opp, uavhengig av saksfelt. Koordineringsleddet er dermed Fagforbundets ansvarlige ledd i det aktuelle samarbeidet.

Koordineringsledd er hjemlet i vedtektene og i retningslinjer til vedtektene. De er først og fremst laget for flere fagforeninger med medlemmer hos én arbeidsgiver. Samhandlingsreformen gjør det nødvendig å benytte koordineringsledd når flere arbeidsgivere starter et formelt samarbeid, og flere fagforeninger blir involvert. Hvilke fagforeninger som skal samarbeide avgjøres av hvilke arbeidsgivere som er involverte.

Kommunenes og spesialisthelsetjenestens håndtering av den nye medfinansieringsordningen vil være avgjørende for utviklingen av samhandlingsreformen. Derfor må koordineringsledd og tillitsvalgte være oppmerksomme når reformen skal settes ut i

livet. De må bidra til at avtalene som kommuner inngår bygger på reelle vurderinger av hva slags oppgaver kommunen skal ta ansvar for å drive i egen regi. Sentrale spørsmål er «hva har innbyggerne i kommunen behov for, hva slags kapasitet og kompetanse finnes i kommunen og hva kan vi ta faglig ansvar for?». Det blir viktig at ikke økonomiske hensyn får overstyre faglige vurderinger av hvilke tjenester kommunen overtar ansvaret for. Forbundet sentralt vil følge opp med opplæring av tillitsvalgte.

Samarbeid på tvers av fylkeskretsene

Hvis det er behov for samarbeid på tvers av fylkesgrensene, skal det regionale arbeidet ledes av samarbeidsorganene i hvert kompetansesenter. Forbundsstyrets medlem fra det aktuelle området leder samarbeidsorganet og kompetansesenterleder er sekretær. Dersom arbeidet omfatter flere kompetansesenters områder, velges sekretær blant lederne av disse kompetansesentrene. Fagforbundets ansattrepresentanter i overordna samarbeidsorgan (OSO) må involveres, i likhet med andre berørte tillitsvalgte.

Det kan være en god idé å kontakte Fagforbundets representanter fra forløpsgruppene til samhandlingsreformen, for samarbeid og innspill i det videre arbeidet.

Vedtak om samarbeid

Forbundsstyrets arbeidsutvalg vedtok 11.10.2011:

- 1) Fagforeninger som har medlemmer innen et samarbeidstiltak mellom arbeidsgivere skal koordinere sin virksomhet gjennom et koordineringsledd basert på ledelsen i fagforeningene, bygd i tråd med retningslinjer for koordineringsledd.
- 2) Det regionale arbeidet med samhandlingsreformen på tvers av fylkesgrenser ledes og koordineres gjennom de landsmøtevedtatte samarbeidsorganer organisasjon/tariff i hvert kompetansesenterområde.
- 3) Det utpekes regionale koordinatorene med tidsressurs til å koordinere arbeidet med samhandlingsreformen i regionen, og til å være sekretariat for arbeidet i regionen.
- 4) Det utpekes en sentral administrativ koordinator for å drive prosessen med samhandlingsreformen organisatorisk og administrativt, både i forhold til forskjellige enheter og avdelinger og direkte i forhold til koordinatorene i regionene.

Egen organisasjon

Samhandlingsreformen vil i større eller mindre grad berøre alle, både medlemmer i Fagforbundet, tillitsvalgte og innbyggere i Norge. Derfor er det viktig at tillitsvalgt-korpset vet hva de skal gjøre og har kunnskap nok til å føle seg trygge på oppgaven.

Kartlegging

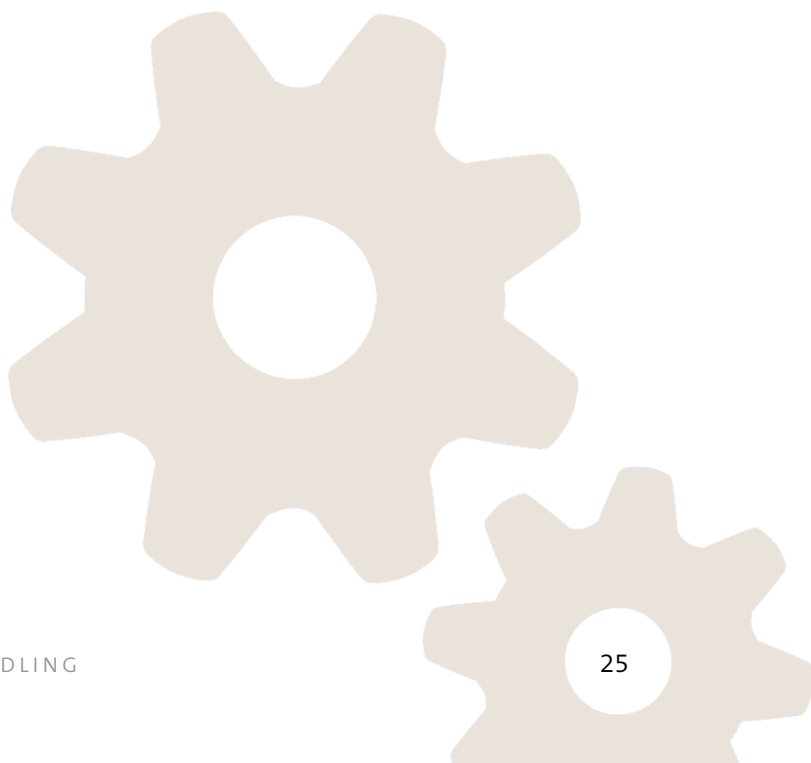
I første omgang er det viktig at det innhentes informasjon/oversikt over:

- Hovedtillitsvalgte (HTV) tar opp spørsmålet om samhandlingsreformen i egen kommune, virksomhet, etat osv. med tanke på deltakelse fra tillitsvalgte i de prosesser som pågår/planlegges. Foretakstillitsvalgte (FTV) tar på samme måte opp relevante spørsmål for sykehusenes del.
- Prosjekter, både pågående og planlagte i sykehusene og kommunene.
- Sykehusenes og kommunenes organisering av ansvaret for samhandlingsreformen, for eksempel om det er egne ansatte som ivaretar dette, om det er regionråd eller andre samarbeidsorganer som er gitt ansvaret for arbeidet osv.
- Organisering og lokalisering av helse- og omsorgstjenester i kommunene, for eksempel om det er private idéelle aktører, private kommersielle aktører, helsetun, legevakt osv.
- Organisering og lokalisering av sykehusenes tjenester som er «desentralisert» for eksempel DMS – distriktsmedisinske senter, DPS distriktspsykiatriske senter, jordmortjenester, røntgen, dialyse osv.
- Organisering av helsetjenester i samarbeid med helseforetakene/sykehusene.
- Inngåtte avtaler mellom kommunene og helseforetakene/sykehusene og eventuelle andre avtaler.
- Økonomiske betingelser.

Kurs og opplæring

I utgangspunktet skiller ikke arbeidet med samhandlingsreformen seg radikalt fra det øvrige arbeidet som tillitsvalgt i Fagforbundet. Vi skal ivareta medlemmenes interesser både i forhold til lønns- og arbeidsvilkår, kompetanseutvikling og som brukere av de tjenestene vi er med på skape. Derfor er mange av Fagforbundets opplæringstilbud nyttige og relevante også i arbeidet med denne reformen. Her er en oversikt over noen relevante opplæringstilbud:

Tillitsvalgtopplæring:	Fase 1 Fase 2 inkl. omstilling Organisasjonsmodell, samhandling og planlegging (2 dagers kurs) + oppsummeringsdag Egne kurs for sykehusstillitsvalgte
Seksjonene:	Temadager i lov- og forskriftsverk
Arbeidsgiver:	Diverse kurs og samlinger
Yrkesfaglig:	Fagakademiets kurs som nylig er utviklet om samhandlingsreformens fokusområder
Temahefter:	Rett person på rett plass, Helsepersonelloven og pasientrettighetsloven. Deltid/heltid mv.
Temakurs (ny):	Hvordan jobbe med samhandlingsreformen basert på veilederen (på bestilling)



Yrkesfaglig arbeid

Det er en vanlig forestilling at samhandlingsreformen kun er en ren helsereform. Samhandlingsreformen handler vel så mye om forebygging og folkehelse. Derfor vil reformen få innvirkning for yrkesgrupper i Fagforbundet.på tvers av alle seksjoner. Fagforbundet arbeider for et inkluderende arbeidsliv – det er en plass til alle, med store og små skavanker. Vi må ha fokus på mestring og tilrettelegging. Folkehelsearbeid viser hvor viktig det er med forebyggende innsats. Å sikre barn og unge gode livsvilkår blir kanskje et av de viktigste punktene.

Fagforbundets yrkesseksjoner har klart definerte innsatsområder med betydning for gjennomføring av reformen sett i et yrkesfaglig perspektiv. Dette er hovedpunktene:

- Identifisere yrkesfaglige utfordringer i arbeidsfeltet.
- Ta opp utdanningsspørsmål som gjelder det enkelte yrke så som grunn-, etter- og videreutdanning, fagkurs og kompetansestige.
- Ha kunnskap om juridiske temaer om utdanningene, yrkesutøvelsen og arbeidsområdet.
- Være pådriver for å øke verdien av yrket.
- Være pådriver for å etablere godt tverrfaglig samarbeid.
- Være pådriver for å etablere god brukermedvirkning.

Seksjon helse og sosial

Prinsippene bak samhandlingsreformen passer inn i Fagforbundets helhetlige helsebegrep. Vi mener det er bedre å forebygge enn å reparere. Det fremmer aktivisering og livskvalitet.

En av de virkelig store utfordringene i helsevesenet i åra som kommer er å skaffe nok kvalifiserte folk. Derfor er vi opptatt av å få rett person på rett plass, og legge til rette for at den enkelte kan utvikle sin kompetanse. Tilstrekkelig kapasitet er avgjørende for kvalitet i tjenestene og for å forhindre slitasje på de ansatte. Fagforbundet ønsker et arbeidsliv hvor en helsefagarbeider som står i 100 prosent jobb til 67 år, skal være regelen i stedet for unntaket.

Seksjon helse og sosial sine medlemmer vil møte reformen på en rekke områder:

Frisklivssentral

- Lokale og kommunale frisklivstilbud kan fungere som et sted å henvise til for oppfølging.

Ansette folkehelsearbeidere i kommunen som kan:

- Koordinere folkehelsearbeidet i kommunen.
- Ansvarliggjøre viktige samarbeidspartnere.
- Bidra til samarbeid mellom sektorer og tjenester.

Psykisk helse er en av de store folkehelseutfordringene. Utfordringen framover vil være å styrke forebygging og behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

Psykisk helse

- Tiltak som begrenser uriktig og overdreven bruk av medisiner.
- Fokus på ulike former for terapi og selvhjelpsgrupper, kosthold, aktivitet og sosialt nettverk.
- Styrking av helsestasjonenes tilbud
- Riktig og tilstrekkelig bruk av tolk i helse- og sosialtjenestene

Eldreomsorg

- Egne kjøkken på sykehjem og tilstrekkelig antall ansatte – forebygging av under- og feilernæring hos eldre.
- Helhetlige rehabiliteringsopplegg for eldre med lårhalsbrudd (nødvendig for å forebygge lungebetennelse, blodpropp og død).
- Fokus på egne ressurser hos den enkelte, tilrettelegging og mestring i hjemmetjenestene. Aktivisering forebygger sosial isolasjon, fall, demens og institusjonisering.

Seksjon kirke kultur og oppvekst

Alle barn fortjener en god start i livet, der de kan utvikle evnene sine og utvikle seg i et utfordrende og trygt miljø. Skole og barnehage spiller en avgjørende rolle for hvordan vi greier oss når vi blir voksne. Derfor er skolene og barnehagene viktige i det forebyggende arbeidet, gjennom å gi elevene rom for læring, mestring og trivsel.

Skolen skal bidra til sosial utjevning og ikke bare være for noen utpekte grupper. Da må det tas hensyn til hvilke behov elevene har. Slik er det ikke alltid, men arbeidet med en

helhetlig skoledag kan bidra i riktig retning. Frafallet i videregående skole krever særlig oppmerksomhet og oppfølging. På noen yrkesfaglige studieretninger faller omtrent halvparten fra, og får et vanskelig utgangspunkt for voksenlivet. Det er viktig å forebygge dette.

En god oppvekst er lek og læring, sunn og god mat og gode holdninger og vaner. Barna former alt dette i samspill med andre barn og voksne rundt seg. Derfor er de som jobber med barn og unge viktige i folkehelsearbeidet, både for de barna som har det bra, og for de som ikke har det så bra. Gode og organiserte fritidstilbud er viktige.

Barne- og ungdomsarbeidere har en utdanning med vekt på både folkehelse og forebyggende arbeid samtidig med at det er en praktisk-pedagogisk utdanning. Mange steder blir denne utdanningen oversett. Barne- og ungdomsarbeidere bør inkluderes mer i det helhetlige arbeidet knyttet til Samhandlingsreformen.

God kultur gir god helse – barn og unge og voksne må delta i og oppleve god kultur. Det er sagt at et samfunn uten kultur er et samfunn uten framtid. Utsagnet er satt på spissen, men har mye for seg. Musikk, dans, litteratur og teater beriker livene våre og brukes også aktivt i terapeutiske sammenhenger. Det er hevet over enhver tvil at kulturarbeiderne gjør en viktig innsats for folkehelsa. Det er viktig å legge til rette for gode møteplasser for alle grupper i lokalsamfunnet og der står fritidstilbud for barn og unge, bibliotek og kulturhus sentralt.

Seksjon samferdsel og teknisk

Utgangspunktet er: Helse i alt vi gjør – både i tjenesten som utføres og i selve utførelsen av tjenesten.

Fysisk arbeidsmiljø

- Redusere eksponering for negative fysiske faktorer. Dette omfatter blant annet arbeidet for å forebygge arbeidsrelaterte slitasjeskader.

Psykososialt arbeidsmiljø

- Kompetansehevingstiltak gjennom fagdager, kurs og arbeid for at flere skal kunne ta fagbrev.
- Utvikling av lønnsystem som bidrar til et godt psykososialt arbeidsmiljø

To eksempler på pågående prosjekter:

- Grønn frisør
- Kvalitetssalong

Utfordringer for noen av yrkesgruppene

Både brann- og feiervesen driver opplysningsarbeid med miljømessig og sykdomsforebyggende gevinst. Brannvesenet driver opplysningsarbeid om brannforebyggende tiltak som forebygger skade og død. Feiervesenet driver opplysningsarbeid om effektiv fyring, som bidrar til bedre luftkvalitet ved å unngå konsentrasjon av svevestøv og andre partikler.

Park, idrett og bad – økt kvalitet og tilgjengelighet til:

- Sentrumsområder og friluftsområder
- Idrettsanlegg og badeanlegg
- Miljømessig avfallshåndtering

Det er viktig å ha fokus på økt trivsel, bedre miljø og bedre tilrettelegging for et aktivt liv gjennom økt kvalitet på og økt tilgjengelighet til områder for rekreasjon og fysisk aktivitet. I sentrumsområder kan dette omfatte blant annet feiing, brøyting, strøing og avfallshåndtering, samt beplantning og forskjønnning. På friluftsområder kan det omfatte opparbeiding og vedlikehold av parkanlegg og turstier.

Vaktmestre

Bygg med avanserte systemer for blant annet oppvarming og ventilasjon krever at de(n) som drifter det enkelte bygg har den nødvendige kompetansen for å sikre et godt innemiljø og tilstrekkelig god luftkvalitet. Dette er viktig i forhold til å forebygge sykdom og sikre en god folkehelse. Faggruppa for vaktmestre jobber med utvikling av en egen vaktmesterstandard i samarbeid med Standard Norge. Denne omfatter blant annet standarder for brøyting av snø, strøing av sand og salt, som igjen sikrer tilgjengelighet og virker forebyggende.

Renhold

Innenfor renhold er det utviklet en standard, NS-INSTA 800, som er et system for å fastsette og bedømme renholdskvalitet. Standarden ble til gjennom et partsammensatt utvalg, med blant annet Fagforbundet, NHO Service og Sintef Byggforsk. Den inneholder blant annet felles retningslinjer for hva som utgjør rengjøringskvalitet og hvordan dette skal måles. Riktig bruk av standarden vil bidra til høy kvalitet på renholdet, og som nevnt tidligere vil det kunne bidra til å forebygge sykdom og fremme folkehelsen.

Seksjon kontor og administrasjon

Seksjonen er opptatt av kvalitet i de administrative tjenestene og legger vekt på:

- Informasjonssikkerhet.
- Etikk.
- Taushetsplikt.
- Samarbeid på tvers av kommune- og fylkesgrensene for å bedre kvaliteten på tjenestene.
- Å arbeide for et modellforsøk om administrative oppgaver på tvers av kommunegrenser basert på trepartssamarbeid.
- Samkjøring av overordnede utfordringer i datasystemer.
- Kartlegging av eventuelle behov for videre- og etterutdanning, og sørge for nødvendig kompetanseheving.

Seksjon kontor og administrasjons yrkesgrupper er «alle steder» og med mange ulike funksjoner og arbeidsoppgaver. Antakelig vil reformen skape et akutt behov for større administrativ samhandling mellom kommune og helseforetak på de områdene kommunene får ansvar for. En del kommuner kan velge private leverandører. Da må Fagforbundet komme opp med gode alternativer – løsninger som er realistiske for kommunene.

Ansatte som motor i omstillinger

Fagforbundet har 15 års solid erfaring med utvikling av trepartssamarbeid i kommunesektoren gjennom modellkommunene og senere kvalitetskommuneprogrammet. Samarbeidet er bygget på likeverdig samarbeid mellom politikere, administrasjon og tillitsvalgte/medarbeidere. Programmet «Sammen om en bedre kommune» skal bidra til fornying og utvikling av kommunene med vekt på sykefravær, heltid/deltid, kompetanseutvikling/rekruttering og omdømme bygget på partssamarbeid.

Pilotsykehusprosjektet ble etter hvert rettet inn mot samhandlingsprosjekter mellom sykehus og kommune. Erfaringene fra dette har også vært gode. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor videreført partssamarbeid som et av kriteriene for tildeling av samhandlingsmidler i 2011. Det vil bli opprettet et nasjonalt nettverk for utvikling av partssamarbeidsmetodikk i samhandlingsprosjekter mellom kommuner og helseforetak.

Partssamarbeid bygger på:

- Likeverdighet mellom partene
- Dialogpreget kommunikasjon
- Kollektivt ansvar

Partssamarbeidet bygger på at man gjennom dialog søker å komme fram til beslutninger som alle kan stå bak. Respekt og tillit er grunnleggende for å lykkes, og alle parter må utvikle eierskap til prosessene og forankre arbeidet i alle ledd.

Likeverdig partssamarbeid gir:

- Bedre kvalitet på tjenestene
- God utvikling av lokalsamfunnet
- Mer samarbeidskultur og god ledelse
- Ansatte som er med på å bygge noe – og som ikke bare utfører en jobb
- Økt trivsel og lavere sykefravær
- Større engasjement og bedre omdømme

Partssamarbeidet vil være sentralt i arbeidet med samhandlingsreformen. Derfor blir det viktig at Fagforbundets tillitsvalgte krever at trepartsmetodikken tas i bruk ved gjennomføringen av samhandlingsreformen. Vi står overfor store omlegginger som vil

få innvirkning på hverdagen til mange medlemmer. Derfor er de ansattes kunnskap om hva som fungerer og hva som ikke vil komme til å fungere av stor verdi for at reformen blir vellykket.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt uttrykk for at likeverdig partssamarbeid som metode kan være et sentralt verktøy i utviklingen av helse- og omsorgstjenester i sykehus og kommune. I oppdragsdokumentet for 2011, som beskriver hvilket oppdrag helseforetakene har, har Fagforbundet også gjennomslag for partssamarbeidet. Der heter det: «Lokalt utviklings- og omstillingsarbeid skal ivareta kravet om gode og bredt involverende prosesser. (...) Samarbeid mellom helseforetak og kommuner, og mellom ledelse, tillitsvalgte, ansatte og brukere skal legges til grunn.»

Kvalitetskommuneprogrammet

Kvalitetskommuneprogrammet (2007 – 2010) var et utviklingsprogram som omfattet 138 kommuner, basert på godt samarbeid mellom de folkevalgte, lederne og de ansatte. Målet var å øke kvaliteten på tjenestene i kommunen slik at innbyggerne merket en forskjell.

Kvalitetskommuneprogrammet førte til:

- Økt kvalitet for innbyggerne som bruker kommunale tjenester.
- Et tillitsbasert, godt fungerende partssamarbeid mellom folkevalgte, administrativ ledelse og tillitsvalgte.
- Et samarbeidsklima bygd på tillit og felles løft for felles mål.

Pilotsykehusprosjektet

Pilotsykehusprosjektet (2008 – 2010) i helseforetakene bygget på likeverdig partssamarbeid i samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), regionale helseforetak (RHF), KS/kommuner, representanter for brukerorganisasjoner og arbeidstakerorganisasjoner i helseforetakene. Etter hvert rettet prosjektene seg mot samhandlingsprosjekter mellom foretakene og kommunene, såkalte «samhandlingspiloter».

Målet var å skape et bedre grunnlag for realisering av de helsepolitiske målsettingene om å sikre befolkningen likeverdige helsetjenester av god kvalitet. Pilotsykehusprosjektet bygger på idéene fra modellkommunene og kvalitetskommuneprogrammet. Det har vært fem piloter/prosjekter, ett i hvert RHF-område og to i Helse Sørøst.

Sammen om en bedre kommune

Utviklingsprogrammet «Sammen om en bedre kommune» bygger på partssamarbeidet og tar tak i noen av de viktigste utfordringene i kommunesektoren: sykefravær,

kompetanse/rekruttering, heltid/deltid og omdømme. Kommunene vil etter opptak i programmet få bistand til sitt arbeid med å få redusert sykefraværet og det uønskede deltidsarbeidet, få økt kompetansen og rekrutteringen til de kommunale jobbene, og bedret omdømmet til kommunen. «Sammen om en bedre kommune» bygger på kvalitetskommuneprogrammet, som ble avsluttet i 2010.

Tjenester av god kvalitet:

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

Lover og avtaler som styrer reformen

I sommer vedtok Stortinget både den nye folkehelseloven og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det ble gjort endringer i ytterligere 42 lover, og nytt forskriftsverk er under utarbeidelse. Gjennomgangen av lovverket har ført til endringer og nye bestemmelser som bygger opp under reformens målsettinger, men er i stor grad en videreføring av gjeldende bestemmelser og en samordning av lovverket. I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet og KS inngått en intensjonsavtale om å samarbeide om gjennomføringen av samhandlingsreformen basert på likeverdighet.



Felleserklæring vedrørende samarbeid mellom partene i arbeidet med samhandlingsreformen

Hovedavtalene i Spekter og KS regulerer rammene for samarbeid og medbestemmelse i de enkelte tariffområder. Som følge av samhandlingsreformen vil det kunne være behov for å etablere samarbeidsordninger på tvers av disse områdene. Det vises i denne forbindelse til de overordnede føringer i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2011, samt St.meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen (se spesielt kap.5, kap. 13, pkt. 13.8 og kap. 17, pkt. 17.3).

Partene har blitt enige om denne felleserklæringen for å skape et best mulig samarbeidsgrunnlag mellom partene, med det formål å skape et godt grunnlag for gjennomføring av reformen. Siktemålet er at dette skal bidra til å sikre at arbeidstakernes erfaring og kompetanse blir benyttet i utviklingsarbeidet samt at det skal bidra til trygghet og forutsigbarhet for de ansatte.

Forhold knyttet til rekruttering, kompetanseutvikling og organisering vil være en del av dette arbeidet.

Når det etableres samarbeidsutvalg/arbeidsgrupper mellom spesialisthelsetjenesten (RHF/HF) og kommunesektoren anbefales at arbeidstakerorganisasjonene er representert med 4 representanter som deltar i møtene når saker som ligger innenfor hovedavtalens virkeområde behandles. Representasjonen bør ta utgangspunkt i hovedorganisasjonene (LO, Unio, YS og Akademikerne).

Arbeidstakernes representanter opptre på vegne av hovedorganisasjonene og deres forbund og har et selvstendig ansvar for å holde kontakt med og informere sine respektive organisasjoner om arbeidet i utvalget.

Oslo, 30. mars 2011

Ny lov om folkehelse

Forebygging er sentralt i folkehelseloven. Formålet med loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller.

Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko og styrke faktorer som bidrar til bedre helse.

Kommunen er hovedaktøren i folkehelsearbeidet og skal fastsette mål for folkehelsen og forankre dem i planene sine. Folkehelseloven erstatter Lov om miljørettet helsevern og er nå inkludert som en viktig del av folkehelsearbeidet i kommunene.

Kommunene får også plikt til forebygge sykdom og tenke helse i alt som gjøres. Fylkeskommunen er ansvarlig for å følge opp folkehelsearbeidet i kommunene. Loven inkluderer fortsatt mulighet til å delegerer myndighet til interkommunale selskap, slik noen kommuner har gjort.

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Loven viderefører grunnleggende verdier som at befolkningen skal sikres lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose eller behov, alder, kjønn, personlig økonomi og bosted. Det skal stå sentralt i tjenesteytingen at det skal gis et helhetlig og tverrfaglig tilbud tilpasset den enkelte bruker. Trygghet, respekt, individuelle hensyn og valgfrihet, medvirkning, selvbestemmelse og faglig god kvalitet er grunnleggende for tjenestene.

Kommunene skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunene, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Loven gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av kommunen og private som har avtale med kommunen.

Denne loven skal også bidra til å sikre bedre samhandling mellom kommunene og mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner ved at det pålegges samarbeid og inngåelse av samarbeidsavtaler.

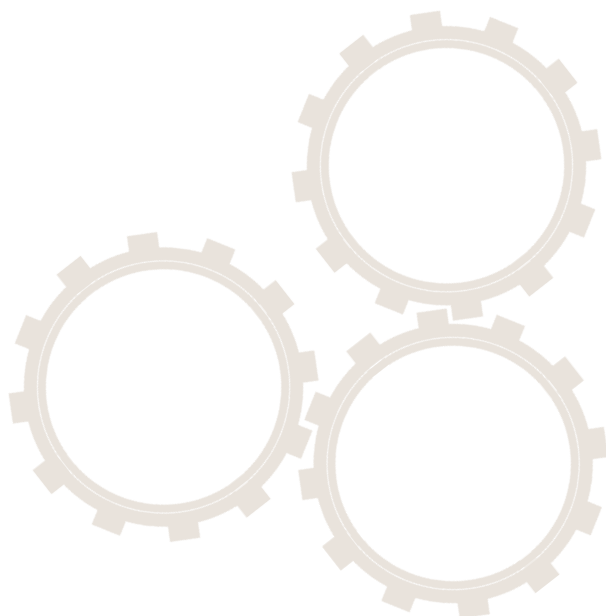
Ny nasjonal helse- og omsorgsplan

Våren 2011 la regjeringa fram Nasjonal helse- og omsorgsplan for perioden 2011 til 2015. Den innebærer målrettet satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid og fastsetter at en større del av helsetjenestene skal leveres i kommunene. I planen skriver regjeringa blant annet:

Det skal legges økt vekt på forebyggende og helsefremmende arbeid, den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og videreutvikles og spesialisthelsetjenesten skal omstilles. Et førende prinsipp er å desentralisere det vi kan, og sentralisere det vi må. Utredning og behandling av hyppig forekommende

sykdommer og tilstander skal desentraliseres der dette er mulig. Utredning og behandling av sjeldent forekommende sykdommer og tilstander skal sentraliseres der det er nødvendig. Målet er å sikre god kvalitet og god ressursutnytting.

I planen slås det fast at tjenestene skal ha god kvalitet, høy pasientsikkerhet og være tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, habilitering og rehabilitering, økt brukerinnflytelse, avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles.



Kilder til mer fordyping

Alle dokumentene under er lagt ut som klikkbare lenker på fagforbundet.no/samhandling

- Stortingsmelding 47 Rett behandling – på rett sted – til rett tid
- Lov om folkehelsearbeid
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Nasjonal helse- og omsorgsplan 2015
- Arbeidsmiljøloven
- Samarbeidsavtale Fagforbundet Spekter
- Felleserklæring vedrørende samarbeid mellom partene i samhandlingsreformen KS-området
- Pilotsykehusprosjektet
- Hovedavtalen mellom LO og Spekter
- Hovedavtalen mellom KS og LO
- Hovedtariffavtalen 2010 – 2012 KS
- Hovedtariffavtalen 2010 – 2012 Spekter område 10 helseforetakene
- Forskrift om kommunal medfinansiering
- Veileder til forskrift om kommunal medfinansiering
- Veileder: Vertskommunemodellen i kommuneloven
- Veileder: Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak
- KS' sider om samhandlingsreformen
- Fagligpolitisk samarbeidsavtalesamarbeidsavtale

Framtidas helse- og omsorgstjeneste

- Helhet og sammenheng
- Styrket kommunehelsetjeneste
- Folkehelse
- Forebygging
- Kvalitet og faglighet
- Helsepersonell
- Ny pasientrolle

